E 5 E 5 8
A 29/F67
91A

BIBLIOTHÈQUE ADMINISTRATIVE PUBL. GOUV. 3 NOV 1980 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

RAPPORT du comité d'étude sur la formation en sciences infirmières

BIBLIOTHÈQUE DoN LEGISLATURE, QC

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation
Direction générale de l'enseignement supérieur

Dépôt légal: troisième trimestre 1980
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-00914-2

RAPPORT DU

COMITE D'ETUDE

SUR LA

FORMATION EN

SCIENCES INFIRMIERES

Québec, le 16 juin 1980

Ministère de l'Éducation
Direction générale
de l'enseignement supérieur

Québec, le 16 juin 1980

Monsieur Pierre Van Der Donckt
Sous-ministre adjoint
Ministère de l'Education
1035, De La Chevrotière
Québec, QC
G1R 5A5

Monsieur le sous-ministre,

C'est avec plaisir que je vous transmets le rapport du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières. Ce travail a été des plus intéressants et nous espérons grandement que vous accepterez nos recommandations qui, nous en sommes certaines, pourront améliorer la qualité de l'enseignement et de la pratique des soins infirmiers.

Nous vous remercions de nous avoir donné l'occasion de contribuer au projet de votre ministère.

Sincèrement vôtre,

Ginette Rodger

Ginette Rodger,
présidente
Comité d'étude sur la formation
en sciences infirmières

DVR/cb
pièce jointe

TABLE DES MATIERES

		Page
INTRODUCTION		1
1.	CREATION DU COMITE D'ETUDE SUR LA FORMATION EN SCIENCES INFIRMIERES	3
	1.1 Demande d'approbation de nouveaux programmes de baccalauréat en sciences infirmières	3
	1.2 Composition du comité	4
	1.3 Mandat du comité	6
	1.4 Méthodologie du comité	7
2.	RAPPEL HISTORIQUE	11
	2.1 Formation des infirmières	11
	2.1.1 Formation de base: des écoles d'hôpitaux aux cegeps	11
	2.1.2 Formation supérieure	13
	2.1.2.1 Formation au niveau du premier cycle universitaire	13
	2.1.2.2 Formation au niveau des deuxième et troisième cycles universitaires	20
	2.1.3 Formation complémentaire	21
	2.2 Formation des auxiliaires: des écoles d'hôpitaux aux polyvalentes	22
3.	LA PROBLEMATIQUE	25
4.	ELEMENTS DE LA PROBLEMATIQUE	27
	4.1 Les besoins de santé de la population québécoise	27
	4.1.1 L'état de santé des québécois	27

Page

4.1.2 Tendance de la société actuelle en matière de santé 33

4.1.3 Les attentes du consommateur de soins 38

4.1.4 Sommaire 40

4.2 Système de santé 42

4.2.1 Problématique au niveau de l'organisation des soins 42

4.2.1.1 Composante générale 43

A. L'équipe des soins infirmiers .. 43
B. Milieu de travail des infirmières 44
C. La formation 47

4.2.1.2 Composante institutionnelle 51

A. Le nombre d'intervenants 51
B. La fragmentation des soins 53
C. La duplication 55

4.2.1.3 Composante individuelle 57

A. La polyvalence 57
B. La préparation de l'infirmière . 58
C. Le choc du présent 58

4.2.2 Evolution des connaissances en nursing 59

4.2.2.1 L'évolution de la profession infirmière 60

4.2.2.2 Impact des soins 61

4.2.3 Sommaire 63

4.2.3.1 Eléments #1 de la problématique 63

4.2.3.2 Eléments #2 de la problématique 64

4.2.3.3 Eléments #3 de la problématique 65

Page

4.3 Structures de l'éducation 66

4.3.1 La problématique générale relative à l'ensemble des niveaux d'enseignement du nursing. 66

4.3.2 Niveau secondaire 69

4.3.3 Niveau collégial 72

4.3.4 Niveau universitaire 75

4.3.5 Formation des infirmières par le biais de l'éducation permanente 77

4.3.6 Sommaire 79

4.3.6.1 Eléments #1 de la problématique 79

4.3.6.2 Eléments #2 de la problématique 80

4.3.6.3 Eléments #3 de la problématique 80

5. ASSISES DE DISCUSSION 81

5.1 Pratique infirmière 81

5.1.1 Exercice de la profession infirmière 81

5.1.2 Milieu et type d'intervention de l'infirmière 84

5.1.3 La complexité du nursing 86

5.1.4 Organisation des soins infirmiers 90

5.1.5 Synergie fonctionnelle 93

5.2 Principes directeurs en éducation 95

5.2.1 Vers un concept d'éducation permanente 95

5.2.2 Approche relative à la formation sur mesure 98

Page

6. PROPOSITION DE SCHEMA DE FORMATION EN NURSING 101

6.1 Formation de base en nursing 102

6.2 Formation post-base 111

6.3 Formation complémentaire 116

7. PROPOSITION DE MODIFICATIONS AU NIVEAU DE LA PRATIQUE .. 119

7.1 La pratique infirmière 120

7.2 Limitation des champs d'exercice 122

7.3 Réorganisation des équipes de soins 125

7.4 Structure d'accueil et formation en cours d'emploi 128

7.5 Participation à l'internat 129

8. STRATEGIES D'IMPLANTATION 131

9. PERSPECTIVES D'AVENIR 133

CONCLUSION 135

LISTE DES RECOMMANDATIONS 139

ANNEXE 1 : Liste des personnes et organismes ayant échange avec le Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières 147

ANNEXE 2 : Nomenclature des diplômés décernés à des infirmières autorisées par l'Institut Marguerite d'Youville de 1948 à 1967 inclusivement 155

Page

ANNEXE 3 : Charte des droits du consommateur concernant les services de santé 161

ANNEXE 4 : Tableaux 165

ANNEXE 5 : Bibliographie de recherches en nursing 181

ANNEXE 6 : Objectifs des programmes de formation en nursing . 193

ANNEXE 7 : Comparaison des temps consacrés a l'aspect technique de la formation 199

ANNEXE 8 : Modèle cubiste Lysaught 203

ANNEXE 9 : Eléments d'une politique d'éducation des adultes dans le contexte de l'éducation permanente du conseil supérieur de l'Education (résumé) 207

ANNEXE 10: Report of the committee of the Minister of Colleges and Universities on clinical experience for diploma nursing 215

ANNEXE 11: Eléments indicatifs du degré de complexité de l'exercice selon les niveaux de formation proposés 239

BIBLIOGRAPHIE 245

Note au lecteur

Dans le présent rapport, le terme "nursing" apparait à maintes reprises bien que "sciences infirmières" fut utilisé à l'occasion. Le comité a préféré le terme "nursing" afin d'en alléger le texte qui suit; pour les mêmes raisons, le mot "infirmière" s'est substitué à l'expression "infirmière et infirmier".

INTRODUCTION

La formation en nursing a déjà fait l'objet de plusieurs études. Aussi, devant la multitude très variée de documents portant sur le sujet, les planificateurs de l'enseignement ont ressenti le besoin de confier à un groupe de spécialistes le soin d'effectuer une "étude synthèse" et de leur faire des recommandations concernant tout le domaine de l'éducation en nursing au Québec y compris les orientations à envisager dans un avenir plus ou moins rapproché.

Le présent rapport est divisé comme suit: une première section portant sur la mise en situation qui a amené la création du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières est suivie d'un rappel historique conduisant à la problématique actuelle de la formation en nursing, de l'élaboration de chacun des éléments de cette dernière, des assises de discussion qui ont orienté les recommandations des membres du Comité, de leurs propositions concernant le schéma de formation en nursing et les modifications à apporter au niveau de la pratique, des stratégies qu'ils proposent afin de favoriser l'implantation de leurs recommandations et enfin, de leurs perspectives d'avenir concernant la formation des infirmières du Québec.

La mise en situation qui a suscité la création du Comité fait donc l'objet de la première section du présent rapport.

1. CREATION DU COMITE D'ETUDE SUR LA FORMATION EN SCIENCES INFIRMIERES

1.1 Demande d'approbation de nouveaux programmes de baccalauréat en sciences infirmières

En 1976, quatre nouveaux programmes de baccalauréat en sciences infirmières font l'objet d'une demande d'approbation au Conseil des universités. En juin 1977, celui-ci recommande au ministre de l'Education:

1- d'approuver l'implantation de trois de ces programmes, soit ceux de l'Université du Québec à Chicoutimi (U.Q.A.C.), l'Université du Québec à Rimouski (U.Q.A.R.) et l'Université de Sherbrooke;

2- d'étudier la situation d'ensemble des programmes de formation en sciences infirmières au niveau post-secondaire, en particulier les objectifs spécifiques de ces programmes en rapport avec les fonctions de travail impliquées, de même qu'avec les objectifs des services pédagogiques offerts dans le même secteur au niveau collégial;

3- d'évaluer les programmes actuels de formation en sciences infirmières offerts par les universités dès que les résultats de l'étude proposée au point 2 seraient connus.

Auparavant, le Conseil des universités requiert du ministère des Affaires sociales un avis d'opportunité concernant ces programmes. Ce dernier indique qu'il ne lui paraît pas opportun

d'appuyer les programmes soumis. Même si ces "programmes de perfectionnement" s'adressent à des diplômées de techniques infirmières possédant une expérience sur le marché du travail, le ministère des Affaires sociales soutient que le Québec s'oriente vers un surplus de personnel dans ce domaine. Toutefois, il se déclare favorable à l'étude recommandée par le Conseil sur la situation d'ensemble des programmes de formation en sciences infirmières.

Lorsqu'en février 1978, le Conseil des universités recommande au ministre de l'Education d'autoriser l'implantation d'un programme de baccalauréat en sciences de la santé (nursing) au Centre d'études universitaires dans l'ouest québécois, il reformule les mêmes réserves qu'il avait exprimées en juin 1977 concernant les trois autres programmes de baccalauréat en sciences infirmières.

1.2 Composition du Comité

A l'été 1978, le ministère de l'Education décide de donner suite à la recommandation du Conseil des universités concernant l'étude de la situation d'ensemble des programmes de formation en sciences infirmières. Il entreprend alors les démarches afin de mettre sur pied un comité auquel il confiera la dite étude. Le comité sera composé de cinq ou six membres, praticiens du nursing ou enseignants en sciences infirmières. Le choix des candidats sera effectué à l'aide d'une liste de noms suggérés par les établissements et organismes intéressés par la formation des infirmières,

soit notamment l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, les collèges, les universités, les hôpitaux, les C.L.S.C., etc... La préférence sera accordée aux candidats qui auront été suggérés par plusieurs organismes.

Ainsi, les personnes dont les noms suivent furent nommées membres du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières:

France Bouchard	Infirmière au C.L.S.C. Norman Béthune
Pierrette Couturier*	Professeur en techniques infirmières au Cegep de l'Outaouais
Pauline Gagnon**	Adjointe au directeur des services pédagogiques au Collège de Maisonneuve
Diane Goyette	Doyen de la faculté des sciences infirmières à l'Université de Montréal
Claire Martin	Conseiller en formation professionnelle à l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
Ginette Rodger	Directeur du service des soins infirmiers à l'Hôpital Notre-Dame de Montréa

---

* Mademoiselle Couturier fut nommée suite à la première rencontre du comité. On y avait ressenti le besoin de voir se joindre au groupe une personne pouvant représenter les intérêts et préoccupations des régions excentriques du Québec.

** Mademoiselle Gagnon a démissionné de ses fonctions en mai 1979. Le comité tient à souligner la précieuse collaboration que lui a accordée mademoiselle Gagnon lors de sa présence au sein du comité.

Madame Ginette Rodger accepte d'en assumer la présidence. Madame Denise V. Rochette, analyste, attachée à la Direction générale de l'enseignement supérieur (D.G.E.S.) du ministère de l'Education du Québec, est nommée secrétaire du Comité.

1.3 Mandat du comité

Le mandat confié est le suivant:

"Le Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières a pour mandat:

1- d'analyser, commenter et au besoin, proposer des réformes en rapport avec le schéma général de formation en sciences infirmières aux niveaux tant collégial qu'universitaire, de façon à éviter des duplications et dans une perspective de réponse aux besoins de la société;

2- de proposer les mesures propres à assurer une liaison mieux articulée entre la formation de niveau collégial et celle de niveau universitaire, de distinguer les contenus et orientations de formation propres aux deux niveaux et de traiter de la place des sciences infirmières à tous les niveaux ou cycles d'études universitaires;

3- de souligner les orientations à privilégier dans l'avenir, en tenant compte des besoins du système de santé du Québec."

Même si le mandat ne couvre que les niveaux collégial et universitaire, étant donné l'intéraction des trois niveaux de formation, les responsables du ministère de l'Education informent les membres du comité qu'ils peuvent, s'ils le jugent à propos, considerer le niveau secondaire.

1.4 Méthodologie du comité

Le comité s'est réuni pour la première fois le 15 décembre 1978 et a, depuis cette date, tenu une trentaine de rencontres.

Afin de pouvoir mieux énoncer la problématique sous-jacente à son mandat, le comité entreprend, dans un premier temps, une collecte d'informations de type documentaire portant particulièrement sur:

1- le système d'éducation en nursing, tel qu'il existe actuellement au Québec et considéré dans le contexte nord-américain, tout comme sur les perspectives d'avenir envisagées en matière d'éducation nursing;

2- le système de santé québécois vu dans le contexte nord-américain ainsi que sur les perspectives d'avenir envisagées en matière de santé et de la pratique en nursing.

Certaines de ces informations n'étant pas disponibles, le comité demande au ministère de l'Education que les recherches nécessaires soient effectuées par un ou des spécialistes en nursing. Ainsi, Soeur Jeanne Forest et Mademoiselle Jacqueline Fortin se sont vues confier chacune une partie des recherches à effectuer*.

(*) Soeur Forest effectue une "étude comparative des modalités des programmes de formation en soins infirmiers aux différents niveaux et de leur articulation dans les dix provinces du Canada" alors que l'étude de Mademoiselle Fortin consiste en un "essai d'identification des principales tendances dans le monde de la santé".

Dans un deuxième temps, le comité effectue une seconde cueillette d'informations, celle-ci portant cette fois sur la problématique, ses causes et ses solutions. Elle fut réalisée principalement à la faveur de rencontres et/ou d'échanges documentaires avec les groupes suivants: collèges, universités, associations d'employeurs, syndicats, représentants gouvernementaux, représentants d'usagers, regroupements d'organismes, corporations professionnelles, etc..., de même qu'avec certaines personnes qui avaient manifesté le désir de faire connaître leurs opinions personnelles. Une liste de tous ceux et celles qui ont bien voulu accorder leur précieuse collaboration aux travaux du comité est annexée au présent rapport (voir annexe 1).

Dans l'exercice de son mandat, le comité a rencontré un peu plus de 100 personnes et pour faciliter les échanges avec les différents groupes, les membres ont tenu leurs réunions dans quatre régions du Québec soit à Chicoutimi, Montréal, Québec et Rimouski. Ils ont reçu en réponse à leur appel et dans une proportion importante, des opinions en provenance de: 27 collèges sur 41, de tous les établissements universitaires concernés (9), d'une dizaine de polyvalentes sur 48, de 22 autres organismes sur 30 et d'une vingtaine d'autres personnes ou organismes.

A la faveur de diverses consultations, des informations recueillies et à la lumière de certains principes directeurs tant en nursing qu'en éducation qui ont été privilégiés par le comité, les membres ont effectué l'analyse demandée et finalement, ont formulé les recommandations qui font l'objet du présent rapport.

Le comité a constaté que tous les groupes et les personnes qui ont été consultés s'entendent sur la problématique décrite dans le texte qui suit. Cependant, il n'en est pas de même pour les solutions proposées qui ont différé d'un groupe à l'autre.

2. RAPPEL HISTORIQUE

2.1 Formation des infirmières

2.1.1 Formation de base: des écoles d'hôpitaux aux cegeps

De tout temps, il y eut des gens dévoués au soin des malades. Toutefois, à partir "du moment où on a reconnu qu'il fallait plus que des mains habiles et un coeur tendre pour soigner les malades, c'est-à-dire depuis Florence Nightingale, la plupart des infirmières ont fait leur apprentissage au chevet du malade, à l'hôpital".(1)

Les premières écoles d'infirmières du Québec font leur apparition vers la fin du dix-neuvième siècle. A cette époque, chacune d'elles est attachée à un hôpital. Tout en étudiant pour devenir infirmières, les jeunes filles rendent service à l'établissement hospitalier par le travail qu'elles y accomplissent quotidiennement.

En 1962, l'Association des Infirmières de la Province de Québec (A.I.P.Q.) recommande à la Commission royale d'enquête sur l'enseignement (Commission Parent) que le programme de formation des

---

(1) Ministère de l'Education (en collaboration avec le ministère des Affaires sociales), La formation universitaire en nursing au Québec (Rapport préliminaire du sous-secteur nursing), QUEBEC, Ministère de l'Education (Opération Sciences de la Santé), Dossier no 11, juillet 1973, p. 48.

infirmières soit intégré dans la structure générale de l'enseignement.(1) C'est ainsi qu'en mai 1965, l'A.I.P.Q. accepte d'intégrer le cours d'infirmière au niveau des instituts*, tel que recommandé dans le rapport Parent. Les objectifs poursuivis par l'A.I.P.Q. lors de l'intégration des écoles au système collégial, étaient ainsi formulés: "augmenter de façon notable la culture générale de l'infirmière et la mieux préparer au rôle qu'elle peut assumer dans la société".(2)

En septembre 1967, les collèges de Chicoutimi, de Matane et de Ste-Foy offrent, à titre expérimental, l'option alors désignée sous l'appellation sciences infirmières. L'année suivante, dix-sept autres collèges se joignent à eux et, à partir de septembre 1970, les quinze dernières écoles d'hôpitaux n'acceptent plus de nouveaux étudiants; pour devenir infirmière, il faut maintenant se diriger vers le collège.(3) A l'heure actuelle, on compte quarante et un collèges offrant l'option appelée maintenant techniques infirmières.

---

* Instituts était le terme employé dans le rapport Parent. Il s'agit des collèges d'enseignement général et professionnel (Cegeps) que l'on connaît aujourd'hui.

(1) Association des infirmières de la province de Québec, Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien être social du Gouvernement du Québec, Montréal: A.I.P.Q., janvier 1969, p. 31.

(2) Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Mémoire au Conseil supérieur de l'Education sur l'option techniques infirmières dans le système collégial actuel, Montréal: O.I.I.Q., avril 1974, p. 43.

(3) Cécile Lambert, Historique du programme des techniques infirmières 1962-1978, rapport présenté à la Direction générale de l'enseignement collégial en vue de l'évaluation du programme des techniques infirmières, Québec: M.E.Q. (D.G.E.C.), avril 1979, pp. 28-41.

2.1.2 Formation supérieure

Au début du vingtième siècle, les infirmières se rendent compte qu'il faut plus qu'un cours de trois (3) ans pour administrer avec compétence un service de nursing ou pour enseigner les soins infirmiers. Aussi, au Québec, la formation d'écoles supérieures pour infirmières se situe autour des années 1920-1930.

2.1.2.1 Formation au niveau du premier cycle universitaire

En octobre 1920, The School for Graduate Nurses de l'Université McGill ouvre ses portes. Elle poursuit simultanément deux objectifs, soit:(1)(*)

1- préparer des infirmières pour les services d'hygiène publique;

2- préparer des infirmières pour l'administration et l'enseignement du nursing.

Les deux types de programme qu'elle offre s'adressent aux infirmières diplômées et conduisent à l'obtention de certificats.

En 1925, l'Ecole d'hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal est mise sur

(*) Traduction libre

(1) McGill University, Annual Calendar for session 1921-1922 with past lists for session for 1920-1921, Montréal: McGill University, 1921, p. 308.

pied. A partir de ce moment-là, la nécessité pour l'infirmière d'acquérir une formation supplémentaire afin de pouvoir exercer sa profession dans les unités sanitaires et les services de santé municipaux, est reconnue. En 1964, cette école est intégrée à la Faculté de nursing de l'Université de Montréal. Cette dernière continue alors de dispenser le programme de certificat en hygiène publique et ce, jusqu'en 1967.(1)

Pour sa part, l'Institut Marguerite d'Youville est fondé en 1934. Tout comme l'Université McGill, il vise à préparer les infirmières à leurs futures responsabilités de dirigeantes et d'éducatrices en nursing. Cependant, le programme qu'il dispense conduit à l'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières.(2) Plus tard, vers 1942, pour répondre aux besoins du marché du travail, ce même établissement commence à dispenser des certificats dans plusieurs spécialités du nursing dont la liste figure en annexe 2 du présent rapport.

Ce n'est que vers 1945-1946 que l'Université McGill offre aux infirmières diplômées la possibilité d'obtenir un baccalauréat en nursing.(3) Ce programme se poursuit jusqu'en 1976-1977.(4)

---

(1) Université de Montréal, "Historique des programmes en nursing", Montréal, Faculté des Sciences infirmières, (s.d.)
(2) ibid.
(3) McGill University, Calendar for the session 1945-1946, Montreal: McGill University, 1946, p. 855.
(4) McGill University, McGill University Calendar 1976-1977, Montreal: McGill University, 1976, p. 4.

Jusqu'en 1957, les programmes de baccalauréat en nursing ne s'adressent qu'à des infirmières diplômées. Toutefois, à partir de 1957 et 1961 respectivement, l'Université McGill et l'Institut Marguerite d'Youville offrent un programme de "baccalauréat de base" aux candidates n'ayant aucune préparation préalable en nursing.(1)(2) L'objectif alors poursuivi est de former au niveau universitaire des infirmières soignantes "qualifiées pour exercer leur profession autant en hygiène publique que dans le milieu hospitalier".(3)(*)

En 1961, il y avait donc une diversité de programmes en nursing, soit des certificats ou post-scolaires, des baccalauréats pour infirmières et des "baccalauréats de base".

En 1967, l'Institut Marguerite d'Youville est intégré à la Faculté de nursing de l'Université de Montréal. A partir de ce moment, les programmes de post-scolaires et les certificats sont discontinués, y compris le certificat en hygiène publique de l'Ecole d'hygiène sociale appliquée. L'Université de Montréal continue toutefois à dispenser les deux types de baccalauréat. Cependant, à partir de 1973, elle décide de n'offrir que le "baccalauréat de base".(4)

(*) Traduction libre
(1) Université de Montréal, op. cit.
(2) McGill University, McGill University calendar 1957-1958, Montréal: McGill University, 1957, p. 3207.
(3) ibid.
(4) Université de Montréal, op.cit.

Par ailleurs en 1967, avec l'avènement des cegeps, les universités de Montréal et McGill modifient leurs conditions d'admission aux baccalauréats en n'admettant que les détenteurs d'un diplôme d'études collégiales (D.E.C.) en sciences de la santé (ou l'équivalent). Cette même année-là, l'Université Laval ouvre les portes de son Ecole des Sciences infirmières. Elle y accepte les candidats qui ont complété deux années du programme de sa Faculté des Arts ou encore ceux ayant une préparation scolaire équivalente. Ainsi, les candidats qui détiennent un diplôme d'infirmière ou d'infirmier peuvent temporairement être admis à la condition cependant d'avoir atteint un certain niveau de connaissances scientifiques équivalent à celui d'une douzième année scientifique ou C.P.E.S. et d'accepter de compléter leur formation générale tout en suivant les cours du baccalauréat. Les étudiants qui ont réussi certains cours de philosophie et de français sont aussi reconnus comme ayant satisfait aux exigences de culture générale.(1)

Pour les infirmières, il s'ensuit donc que l'accès aux études universitaires en nursing devient de plus en plus difficile et voire même impossible dans certains cas. En 1971, la Faculté d'éducation permanente de

---

(1) Université Laval, Annuaire 1967-1968, Québec: Université Laval, 1967, p. 199.

l'Université de Montréal prend la relève de la formation des infirmières diplômées par le biais de son certificat en nursing communautaire auquel se sont ajoutés par la suite les certificats en nursing clinique, en éducation et administration du nursing.(1) Actuellement, après l'obtention de trois certificats, on se voit décerner un baccalauréat ès sciences. Par ailleurs, au mois d'août 1971, l'Université du Québec à Trois-Rivières approuve la mise sur pied d'un programme de baccalauréat en sciences de la santé (nursing) pour infirmières diplômées.(2)

A compter de 1972, l'Université Concordia offre un certificat en nursing communautaire où ne sont admises que des infirmières.(3)

Dès 1973-1974, quatre constituantes de l'Université du Québec (U.Q.A.C., U.Q.A.R., U.Q.T.R., C.E.U.O.Q.) dispensent des certificats de premier cycle en nursing communautaire. Pour y être admise, l'infirmière doit posséder au moins une année d'expérience professionnelle au cours des cinq (5) dernières années.(4) Pour sa part, l'Université Laval, par le biais de l'Extension de l'Enseignement, met sur pied deux certificats en nursing

---

(1) Université de Montréal, op. cit.
(2) Source: Université du Québec à Trois-Rivières, avril 1980.
(3) Source: Université Concordia, avril 1980.
(4) Source: U.Q.A.C., U.Q.A.R., U.Q.T.R. et CEUOQ, avril 1980.

(santé de la mère et du nouveau-né, santé familiale et communautaire) s'adressant aux infirmières diplômées. Le second certificat est encore dispensé à l'heure actuelle.(1)

Par ailleurs, dans l'optique de pouvoir répondre en priorité aux besoins du marché du travail, les services d'éducation permanente des cegeps offrent à leur tour, depuis 1974, différents programmes de courte durée en nursing.(2) Ces programmes conduisent à l'obtention d'attestations d'études de perfectionnement qui, pour la plupart, ne sont pas reconnues par les établissements universitaires même si certains aspects comme la psychiâtrie et la gérontologie se retrouvent au niveau de leurs propres certificats.

Depuis 1975, l'Université Concordia offre un programme de baccalauréat spécialisé en nursing communautaire aux infirmières désirant se perfectionner dans ce domaine.(3)

A compter de 1977-1978, trois constituantes de l'Université du Québec (U.Q.A.C., U.Q.A.R. et C.E.U.O.Q.) offrent aux infirmières, ayant au moins une année d'expérience professionnelle au cours des cinq dernières années, la possibilité d'obtenir un baccalauréat en sciences de la santé (nursing).(4)

(1) Source: Université Laval, Extension de l'Enseignement, mai 1980.
(2) Source: "Fiches des programmes de formation professionnelle pour adultes", Direction générale de l'enseignement collégial (DGEC), M.E.Q.
(3) Source: Université Concordia, avril 1980.
(4) Source: U.Q.A.C., U.Q.A.R. et C.E.U.O.Q., avril 1980.

Pour sa part, l'Université de Sherbrooke offre, depuis septembre 1978, un baccalauréat en sciences infirmières. Ce programme s'adresse aux candidats possédant le permis d'exercice de l'O.I.I.Q. Il est constitué de trois (3) certificats distincts (évaluation et promotion de la santé; nursing dans la communauté; élaboration et gestion d'un programme de sciences infirmières) pouvant être suivis indépendamment un de l'autre.(1)

Il existe donc actuellement divers certificats en nursing dispensés à la fois par les universités et les cegeps. Les universités Laval, Montréal et McGill offrent de plus des "baccalauréats de base en nursing". Là où les infirmières pourraient avoir accès à ces programmes, les conditions d'admission sont tellement exigeantes que peu d'infirmières s'y inscrivent ou y sont admises. Les constituantes de l'Université du Québec, l'Université Concordia et l'Université de Sherbrooke offrent, pour leur part, des "baccalauréats de perfectionnement" pour infirmières diplômées.

Dans les régions de Québec et de Montréal, au niveau du premier cycle universitaire, on constate qu'il y a peu de possibilités pour les infirmières d'accéder à ce type d'études sauf par le biais de l'éducation permanente.

(1) Université de Sherbrooke, Annuaire 1979-1980, Sherbrooke: Université de Sherbrooke, 1979, p. 30.

2.1.2.2 Formation au niveau des deuxième et troisième cycles universitaires

L'Université McGill et l'Université de Montréal sont les seules universités québécoises à offrir des programmes de maîtrise en nursing et ce, respectivement depuis 1961 et 1965.

En 1961, la première maîtrise (M.Sc.A.) en nursing est mise sur pied par l'Université McGill. Elle vise à préparer les infirmières pour qu'elles puissent occuper des postes supérieurs en éducation du nursing ou en administration et en supervision du nursing dans les hôpitaux et dans les services de santé.(1)(*) En 1976-1977, l'Université McGill met sur pied un second programme de deuxième cycle en nursing; celui-ci ne s'adresse toutefois qu'aux infirmières possédant un "baccalauréat de base" en nursing et il conduit à une maîtrise en enseignement du nursing (Master of Nursing Teaching).(2) Actuellement, cet établissement offre, au niveau du deuxième cycle universitaire, un programme d'études en vue de l'obtention d'une maîtrise en sciences appliquées (M.Sc.A.). A cette maîtrise, sont admises les infirmières qui possèdent un baccalauréat et, moyennant certaines conditions, des bacheliers en d'autres

---

(*) Traduction libre

(1) McGill University, McGill University calendar 1957-1958, Montreal: McGill University, 1957, p. 3207.

(2) McGill University, McGill University calendar 1976-1977, Montreal: McGill University, 1976, p. 10.

disciplines (B.Sc. ou B.A.).(1) Ce programme est orienté vers la préparation de cliniciennes et de chercheurs dont le Québec a besoin pour le développement du nursing.

Pour sa part, la Faculté de nursing de l'Université de Montréal, créée en 1962, offre, à compter de 1965, un programme de maîtrise en nursing ayant pour objectif de préparer les infirmières pour l'administration et l'éducation en nursing. Depuis, trois autres options sont venues s'ajouter, soit: l'option nursing psychiatrique et hygiène mentale; l'option nursing médico-chirurgical et l'option nursing communautaire.(2)

Aucun programme de doctorat en nursing n'est offert actuellement au Québec.

2.1.3 Formation complémentaire

Par formation complémentaire, on entend toute formation dispensée hors du système d'éducation. Ainsi, pour répondre aux demandes sans cesse croissantes du marché du travail, des cours et des programmes de formation dite complémentaire en nursing ont fait leur apparition. Ces cours sont dispensés par divers organismes para-publics et privés dont notamment l'O.I.I.Q., l'Association des hôpitaux de la province de Québec (A.H.P.Q.), l'Ecole nationale d'administration publique (E.N.A.P.), C.O.S.E. etc...

---

(1) McGill Univeristy, School of Nursing 1979-1980, Montreal: McGill University, 1979, p. 9.
(2) Université de Montréal, op. cit.

2.2 Formation des auxiliaires: des écoles d'hôpitaux aux polyvalentes

En réponse aux besoins occasionnés par la guerre de 1939-1945 et suite à une pénurie d'infirmières, l'Association des infirmières canadiennes reconnaît en 1943, la nécessité de préparer celles qui, sous la supervision de l'infirmière, pourront l'aider dans la dispensation des soins. En 1945, elle demande donc aux différentes associations d'infirmières de prendre en charge la formation du personnel auxiliaire dans leurs provinces respectives. Au Québec, la formation de deux catégories de travailleurs est préconisée, à savoir: un aide pour l'entretien ménager dans les unités de soins et une aide-infirmière pour la dispensation de certains soins.(1) Ainsi en 1948, l'Association des infirmières de la province de Québec (A.I.P.Q.) collabore à l'implantation d'un premier programme de formation à l'intention des auxiliaires. Par ailleurs, en 1952, sous les auspices du Comité des hôpitaux du Québec, une première école de gardes-malades auxiliaires fait son apparition.(2) Les programmes auxiliaires varient entre douze et vingt-quatre mois dépendant de l'institution qui les dispense. Quant aux exigences d'admission, elles passent avec le temps de la huitième année à la onzième année scientifique, allant même jusqu'à la versification; d'où, même exigence que pour le cours d'infirmières. "Sur le marché du travail, peu de différence existait entre les tâches accomplies par l'infirmière et l'auxiliaire, spécifiquement pour la garde-malade auxiliaire dont la formation

---

(1) The Registered Nurses Association of the Province of Quebec, "Record of plan approved by the Committee of Management", Committee on Auxiliary Nurse Workers, (Montreal), (september 1946).

(2) E. Desjardins, S. Giroux et E.C. Flanagan, Histoire de la profession infirmière au Québec, Montréal: A.I.I.P.Q., 1970, pp. 182-184.

théorique était, au niveau d'un grand nombre d'écoles, équivalente à celle de l'infirmière".(1)

Par ailleurs, en 1925, les Soeurs Grises fondent une école de puéricultrices à la Crèche d'Youville; cette école a pour but de former des jeunes filles aux soins des nouveaux-nés et des jeunes enfants.(2) Par la suite, d'autres écoles de puéricultrices et de gardes-bébés font leur apparition, puis disparaissent en 1969. "Plusieurs de ces puéricultrices sont devenues, suite à un recyclage, des auxiliaires en nursing".(3)

Enfin, en 1970, les ministères de la Santé et de l'Education donnent leur approbation à la fusion de tous les groupements d'auxiliaires (auxiliaires en nursing, gardes-malades auxiliaires, gardes-bébés, puéricultrices) et conjointement, approuvent un seul programme de formation à caractère polyvalent. Cette nouvelle formule offre de nombreux avantages dont l'uniformisation des programmes de formation pour les auxiliaires, la polyvalence de ce même personnel, l'utilisation maximale des effectifs d'auxiliaires dans les hôpitaux.(4)

Présentement, le cours d'infirmière auxiliaire, dispensé au niveau secondaire, est offert par quarante-huit (48) polyvalentes du Québec. "Ce programme vise à former une personne

---

(1) Ministère des Affaires sociales, "Etude sur le maintien du statut de la puéricultrice et de la garde-bébé au niveau du réseau des affaires sociales", Québec: M.A.S., avril 1977, p. 2

(2) E. Desjardins, S. Giroux et E.C. Flanagan, op. cit.

(3) Ibid., pp. 182-183.

(4) Ministère des Affaires sociales, op. cit., p. 3.

apte à dispenser aux malades certains soins relatifs à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique, à la pédiatrie, à la gériatrie et à la psychiatrie".(1)

---

(1) Ministère de l'Education du Québec, Recueil des programmes d'études - Services de la santé, Direction générale du développement pédagogique, Québec, 1977.

apte à dispenser aux malades certains soins relatifs à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique, à la pédiatrie, à la gériatrie et à la psychiatrie".(1)

---

(1) Ministère de l'Education du Québec, Recueil des programmes d'études - Services de la santé, Direction générale du développement pédagogique, Québec, 1977.

3. LA PROBLEMATIQUE

Aujourd'hui, dans notre société, les besoins des individus en matière de santé sont aussi variés que complexes. Même si la population canadienne bénéficie actuellement de l'un des plus hauts standards des soins hospitaliers et médicaux au monde, les besoins en soins curatifs demeurent cependant la grande priorité; les ressources attribuées aux organismes communautaires pour répondre aux exigences de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé sont comparativement minimes. Quoi qu'il en soit, le bénéficiaire s'attend à recevoir des soins personnalisés en fonction de ses besoins réels.

Malheureusement, le système actuel qui favorise le morcellement des soins, tout en nécessitant une multitude d'intervenants dont les rôles sont mal définis, entraîne également une duplication des tâches et une insatisfaction des bénéficiaires. Une situation analogue se vérifie aussi dans le système d'éducation par des objectifs mal définis, une duplication dans les programmes de formation de base et un manque d'articulation au niveau de l'enseignement théorique et pratique.

L'une des sources de cette problématique est intimement liée d'une part, à l'absence d'un cadre conceptuel en nursing, basé sur la "globalité" de l'individu, qui guiderait tant la formation que la pratique, et d'autre part, à un manque de personnel d'encadrement préparé en administration, en clinique et en pédagogie pour initier et alimenter un système fondé sur cette conception.

4. ELEMENTS DE LA PROBLEMATIQUE

4.1 Les besoins de santé de la population québécoise

Ayant reçu comme mandat de considérer la formation de l'infirmière dans une perspective de réponse aux besoins de la société, le comité a interrogé différents groupes sur ce point. Les informations recueillies n'ont cependant pas permis d'en arriver à une perception plus claire des besoins de la population. Aussi, les membres du comité ont préféré utiliser les seuls moyens existants, à savoir, les indicateurs de santé et les tendances en matière de santé qui prévalent dans notre société actuelle, malgré leur connaissance des limites de ces outils. Enfin, pour compléter sa cueillette, le Comité s'est interrogé pour savoir ce que sont les attentes du consommateur de soins.

4.1.1 L'état de santé des Québécois

Tel que l'exprime le rapport Castonguay Nepveu, "il est difficile de définir l'état de santé d'une population à partir d'indices tels que la mortalité et la morbidité qui ont un caractère essentiellement négatif et ne permettent pas de mesurer toute l'envergure des problèmes reliés à la santé. Cependant, le concept de santé étant lui-même difficilement définissable, puisque les besoins de santé sont illimités, il est nécessaire de recourir aux indicateurs indirects fournis par les statistiques démographiques et sanitaires".(1)

---

(1) Gouvernement du Québec, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, vol. 4, t.1, 1970, p. 60. A l'avenir: Rapport Castonguay Nepveu

Ces indicateurs sont donc, dans un premier temps, l'espérance de vie et le taux de mortalité et, dans un deuxième temps, la morbidité.

Espérance de vie et taux de mortalité

En faisant référence au Rapport Lalonde sur les nouvelles perspectives de la santé des Canadiens, on constate que "l'espérance de vie à la naissance s'est accrue sensiblement entre 1941 et 1971; elle est passée de 63.0 à 69.4 années chez les hommes et de 66.3 à 76.5 chez les femmes. Cette amélioration est principalement attribuable à la baisse sensible de la mortalité infantile...".(1)

Lorsque l'on regarde d'un peu plus près les causes de décès rapportées en 1971*, dans le Rapport Lalonde, on voit qu'elles sont les mêmes que celles qui ont été mentionnées dans le Rapport Castonguay Nepveu, à savoir: les maladies coronariennes, les accidents de la route et le cancer.

---

(1) Marc Lalonde, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, document de travail, Ottawa: Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Gouvernement du Canada, avril 1974, p. 20. A l'avenir: Rapport Lalonde

(*) voir tableau 1 à la page suivante

TABLEAU 1

Le tableau qui suit nous fait voir les causes principales de décès pour les personnes de tout âge ainsi que l'âge critique dans chacun des cas:

1971

Principales causes de mortalité	Nombre de décès	% de l'ensemble des décès	Age critique
Cardiopathie ischémique	48 975	31.1%	40 ans et plus
Maladies cérébro-vasculaires	16 067	10.2%	65 ans et plus
Maladies respiratoires et cancer du poumon	15 677	10.0%	Moins d'un an et 55 ans et plus
Accidents de la route et tous les autres accidents	12 031	7.6%	Tous les âges
Cancer de l'appareil gastro-intestinal	7 947	5.1%	50 ans et plus
Cancer du sein, de l'utérus et des ovaires	4 816	3.1%	40 ans et plus
Maladies particulières aux nouveau-nés	3 299	2.1%	Moins d'une semaine
Suicide	2 559	1.6%	15 à 65 ans
Anomalies congénitales	1 967	1.3%	Moins d'un an
TOTAL	113 338	72.1%	
TOTAL DES DECES	157 272	100.0%	

Source: Rapport Lalonde, page 23

Par ailleurs, un rapport plus récent émis par Statistiques Régionales du ministère des Affaires sociales 1975-1976(1) rapporte lui aussi, comme première cause de décès au Québec en 1974, les maladies de l'appareil circulatoire. En effet, on enregistre à ce moment, 20 560 décès causés par ces maladies. La deuxième cause de mortalité est reliée aux tumeurs totalisant 9 472 décès. En troisième lieu, viennent les accidents, empoisonnements et traumatismes avec 4 470 décès et en quatrième lieu, on note 2 328 décès par maladies respiratoires et 1 672 par maladies de l'appareil digestif.

On peut donc dire que les principales causes de décès sont dues aux maladies traitées sur une longue période (appelées maladies chroniques; par ex: maladies coronariennes, cancer) et aux accidents plutôt qu'à des maladies infectieuses (tuberculose, pneumonie etc).

La morbidité

Peu de renseignements sont disponibles sur la fréquence et [illegible] causes de maladies. Ceci est relié au fait qu'on connaît peu au sujet de certaines maladies dont souffre la population à moins que ces malades aient été hospitalisés ou aient reçu un traitement médical. C'est pourquoi, dans le Rapport Lalonde, à défaut de données plus complètes, le nombre de journées d'hospitalisation et d'admissions à l'hôpital est utilisé comme indicateur de la morbidité.

---

(1) Ministère des Affaires sociales, Statistiques régionales des Affaires sociales: projet Doris, Québec: M.A.S., avril 1975, pp. 78-79.

"Si l'on se penche sur la morbidité dans les hôpitaux pour maladies aiguës, évaluée selon le nombre de journées d'hospitalisation, on constate que les maladies du système cardiovasculaire, les blessures dues aux accidents, les maladies respiratoires et les maladies mentales représentent, dans cet ordre, les quatre principales causes d'hospitalisation, étant responsables à elles seules d'environ 45% du total des journées d'hospitalisation."(1)

"En ce qui a trait au nombre d'admissions à l'hôpital, les maladies du système respiratoire viennent en tête de liste, suivies des accouchements, des maladies du système digestif, des affections du système génito-urinaire, des maladies du système cardiovasculaire et des accidents de toutes sortes."(2)

Afin de vérifier si ces données étaient toujours valables pour le Québec, on consulta les Statistiques Régionales du ministère des Affaires sociales qui, à peu de chose près, ont donné les mêmes informations.

Cette section se rapportant à la morbidité ne pourrait se terminer sans aborder la santé mentale. En effet, le rythme de vie de notre société industrialisée provoque sur l'ensemble de la population une réaction à toutes ces tensions, ce qui favorise l'accroissement des problèmes d'ordre mental. Le rapport Castonguay Nepveu renforce cet énoncé quand il écrit:

---

(1) Rapport Lalonde, p. 24

(2) Ibid.

"Parmi les maladies à répercussion sociale, les maladies mentales occupent une place prépondérante. Il est difficile de se rendre compte si leur incidence suit une courbe ascendante, car les critères d'évaluation de la santé mentale varient beaucoup d'une époque à l'autre et sont, dans une société pluraliste comme la nôtre, hautement dépendants des valeurs culturelles."(1)

Par ailleurs, le Rapport Lalonde mentionne que la maladie mentale est souvent associée à la violence, au mal, à des sentiments de culpabilité et de honte. Comme ce sujet est peu souvent abordé ouvertement, il rend la compilation des données plus difficile. Les quelques statistiques que nous possédons démontrent qu'au Canada: (2)

1- "De 5 à 10% des enfants d'âge scolaire ont des troubles affectifs ou des difficultés d'apprentissage qui nécessitent des soins spécialisés;"

2- "On estime par ailleurs que les troubles mentaux, tels que l'anxiété, sont un des facteurs de consultation chez 50% des personnes examinées en médecine générale;"

3- "Trois Canadiens sur mille sont, à l'heure actuelle, hospitalisés dans des établissements psychiatriques;"

---

(1) Rapport Castonguay Nepveu, p. 89

(2) Rapport Lalonde pp. 64-65

4- Il y a une augmentation marquée de l'utilisation de l'alcool, des drogues, homicides, crimes, névroses, psychoses et suicides.

Au chapitre des décès violents, on comptait en 1974, six cent treize (613) suicides au Québec.

4.1.2 Tendance de la société actuelle en matière de santé

Il suffit de regarder les statistiques émises par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) sur l'espérance de vie, le taux de mortalité infantile, le nombre de lits dans les hôpitaux, la proportion de médecins par population etc... pour constater que la population québécoise bénéficie de l'un des plus hauts standards au monde en ce qui concerne les soins médicaux et les soins hospitaliers.

Bien que ces données semblent rassurantes, il n'en demeure pas moins que pour la société québécoise, le domaine de la santé constitue une grande préoccupation et un important consommateur de deniers publics.

Pour la majorité de la population, le domaine de la santé est souvent synonyme de système de soins médicaux. Cependant, plusieurs autres facteurs, retenant peu l'attention, influencent l'état de santé des québécois. Dans ce sens, le Rapport Lalonde(1), en 1974, prônait une conception globale de la santé qui reposait

(1) Rapport Lalonde, p. 33

sur quatre principaux éléments à savoir: la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé.(1)

"LA BIOLOGIE HUMAINE englobe tous les aspects de la santé à la fois physique et mentale, qui ont leur origine à l'intérieur de l'organisme et qui dépendent de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu. Ce premier élément englobe le patrimoine génétique individuel, la maturation, le vieillissement et les nombreux systèmes internes complexes de l'organisme ..."

"L'ENVIRONNEMENT représente l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun."

"LES HABITUDES DE VIE représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle."

"L'ORGANISATION DES SOINS comprend non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé."

---

(1) Rapport Lalonde, p. 33

Lorsqu'on se réfère à la section portant sur l'état de santé des québécois (4.1.1), on s'aperçoit que les indicateurs de santé concernant la mortalité et la morbidité furent considérés par rapport à la biologie humaine.

Quant à l'environnement, qu'il suffise de rappeler le rapport Castonguay Nepveu(1) qui consacre une vingtaine de pages, toujours d'actualité, d'ailleurs, sur les composantes du milieu pouvant affecter la santé des québécois.

En ce qui a trait aux habitudes de vie, il importe de mentionner l'abus de drogues et de boissons alcooliques, l'usage du tabac, les habitudes alimentaires etc.

Quant à ce qui concerne l'organisation des soins, on constate que ce secteur est celui auquel le plus d'attention a été portée jusqu'à maintenant. Ce secteur comprend "la pratique médicale, les soins infirmiers, les hôpitaux, les établissements de soins à long terme, les médicaments, les services d'hygiène publique et de santé communautaire y compris les services ambulanciers, les soins dentaires et autres soins tels que l'optométrie, la chiropraxie et la podiatrie."(2)

---

(1) Rapport Castonguay Nepveu, pp. 39 à 59

(2) Rapport Lalonde, p. 34

Il s'ensuit donc que pour minimiser au Québec le nombre de cas d'invalidité et le nombre de décès prématurés, il est de toute première importance d'apporter dans l'avenir une attention particulière tant à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie qu'à l'organisation des soins de santé.

Outre les exigences de cette conception globale s'exprimant en termes de prise en charge des soins par l'individu lui-même, de contrôle de son propre milieu de vie, de prévention etc..., il importe de tenir compte des préoccupations suivantes exprimées par le ministère des Affaires sociales dans son rapport annuel de 1976-1977.

Ainsi, des domaines spécifiques ont retenu une attention privilégiée: "certaines activités au niveau des services d'urgence, des services de psychiatrie et du département de santé communautaire n'ont pas été affectés par une coupure au niveau du budget de fonctionnement".(1) Au niveau des ressources en matière de soins prolongés, il vise à répondre aux besoins des malades à long terme par des soins à domicile.

Par ailleurs, "un virage du côté de la prévention est amorcé en matière de santé dentaire par la fluoration de l'eau de consommation et par les soins dentaires gratuits aux enfants"(2), de même que par l'intensification des campagnes de prévention, de dépistage et de vaccination.

(1) Ministère des Affaires sociales, Rapport annuel 1976-1977, Québec, Editeur officiel, novembre 1977.

(2) Ibid.

La planification des naissances fait aussi l'objet d'une préoccupation du ministère des Affaires sociales. Celle-ci s'est concrétisée par "l'établissement d'organismes subventionnés et par la publication de programmes d'information préventive sur la contraception, en milieu scolaire".(1)

Enfin, on note que la clientèle privilégiée au niveau du ministère des Affaires sociales est celle des personnes âgées, des personnes handicapées et des enfants mésadaptés.

Malgré les orientations en matière de promotion de la santé et le développement des services de santé communautaire, on peut observer que la majeure partie des budgets est réservée aux établissements préoccupés tout d'abord par les soins curatifs.

Par ailleurs, une autre tendance qu'il est possible de déceler à la lumière des statistiques canadiennes est la suivante. On constate que depuis les cinq dernières années, le taux de séjour moyen dans les établissements de santé a diminué et ce, plus particulièrement, dans les hôpitaux de courte durée. En effet, entre 1972(2) et 1977(3), le séjour moyen est passé de 9.35 à 8.19, donc 1.16 jours en moins d'hospitalisation par malade. En outre, on peut voir à l'intérieur de ces mêmes statistiques, une augmentation des heures/soins consacrées aux malades. En effet, en 1972(2) comparativement à

(1) Ministère des Affaires sociales, op. cit.

(2) Statistique Canada, Indicateurs des hôpitaux 1972, Ottawa, 1973.

(3) Statistique Canada, Indicateurs des hôpitaux 1977, Ottawa, 1978.

1976(1), la moyenne des heures/soins infirmiers par jour/patient pour l'ensemble des établissements et plus particulièrement, pour ceux de courte durée est passée de 7.19 à 7.63 heures/soins, soit: près d'une demi-heure/soins de plus par jour par malade.

Enfin, un dernier phénomène à relever est celui de l'âge moyen de la clientèle; non seulement le nombre de lits attribués aux soins prolongés a augmenté du tiers mais l'âge des patients hospitalisés en soins aigus est de beaucoup plus élevé. Cependant, la littérature commence à peine à faire état de cette situation.

En contrepartie de cette population vieillissante, on observe un phénomène décroissant au niveau du nombre de lits réservés aux soins des enfants.

4.1.3 Les attentes du consommateur de soins

Les deux premiers points de cette section ont porté sur la façon dont la société évolue et considère les besoins de santé de la population québécoise.

Cependant, comment le malade voit-il ses propres besoins? En d'autres termes, quelles sont les attentes de la population face aux services de santé?

Le consommateur est peu loquace sur cette question. Cependant, depuis quelques années, à la faveur de certains mécanismes tels les regroupements de bénéficiaires et l'avènement des ombudsmans, il a commencé à se faire entendre, quoique de façon timide. La nature de ses propos concerne principalement le besoin d'humanisation des soins qui lui sont prodigués. En effet, le consommateur déplore le fait qu'on ne tienne pas compte

(1) Statistique Canada, Indicateurs des hôpitaux 1976, Ottawa, 1977.

du respect de sa personne et malheureusement, il constate trop souvent que la formule des soins utilisée est orientée vers la production, qu'elle préconise la dispensation des soins en pièces détachées et qu'elle n'est pas centrée sur le bien-être du bénéficiaire.

Lors d'une rencontre du comité avec des représentants d'une association de malades, ceux-ci se sont exprimés en disant qu'ils désiraient recevoir des soins personnalisés répondant à leurs besoins en tant qu'individu, qu'ils souhaitaient être respectés et soignés avec humanisme. Cela n'empêche en rien la sécurité des soins auquel ils ont droit et qui demeure, bien sûr, une exigence de base.

Pour sa part, l'Association canadienne des consommateurs a déjà énoncé ce qu'elle considère être les droits du consommateur face aux soins de santé. Elle a d'ailleurs publié en avril 1974 une charte de ces droits dont la teneur en est la suivante:

Tout consommateur a droit:

1- d'être informé de toute question relative à son état de santé y compris, les moyens utilisés pour prévenir certains problèmes et les services disponibles dans son milieu;

2- d'être respecté en tant qu'individu reconnaissant qu'il est lui-même le premier responsable de son état de santé;

3- de participer aux prises de décision pouvant affecter sa santé et, d'avoir chance égale d'accès aux services de santé, quels que soient sa situation économique, son sexe, son âge, ses croyances, son origine ethnique ou sa citoyenneté.

Cette charte est intégralement reproduite en annexe 3 du présent rapport.*

4.1.4 Sommaire

La population canadienne bénéficie actuellement de l'un des plus hauts standards de soins hospitaliers et médicaux au monde.

C'est un fait que, dans l'ensemble des besoins de santé, ceux en soins curatifs demeurent la grande priorité. Le séjour moyen des gens malades dans les centres hospitaliers de courte durée a tendance à diminuer; par contre, le volume de soins à prodiguer augmente. Ceci dénote une complexité accrue au niveau de la dispensation des soins.

Pour faire face à cette situation, il faut opter pour une conception globale en matière de santé. Les ressources financières réservées à des organismes communautaires étant minimes comparativement à celles qui sont attribuées pour répondre aux besoins qui persistent au niveau des soins institutionnels, il s'avère nécessaire que la profession infirmière développe d'autres façons de répondre aux besoins de santé de la population québécoise.

---

* "Consumer rights in health care", Canadian Consumer 4, April 1974: 1

Enfin, le consommateur bénéficiaire de ce système veut, pour sa part, faire respecter tous ses droits et obtenir réponse à ses attentes en recevant des soins sécuritaires et humanitaires qui tiennent compte de ses besoins en tant qu'individu.

4.2 Système de santé

4.2.1 Problématique au niveau de l'organisation des soins

Tel que mentionné à la section portant sur les besoins de santé (4.1), la diminution du séjour moyen dans les centres hospitaliers de courte durée (C.H.C.D.), l'augmentation du volume de soins requis et la population vieillissante ont des répercussions inévitables sur l'organisation des soins et sous-tendent la problématique de la pratique et de l'organisation du nursing dans le système de santé québécois.

La présente section portera, dans un premier temps, sur la composition de la main-d'oeuvre en nursing, suivie de l'organisation de cette main-d'oeuvre en milieu institutionnel et les exigences professionnelles auxquelles l'infirmière doit faire face dans le système actuel.

4.2.1.1 Composante générale

A. L'équipe des soins infirmiers

L'équipe des soins infirmiers qui assure les services à la population se compose actuellement d'infirmières soignantes (cegepiennes ou bachelières), d'infirmières auxiliaires et de préposé(e)s aux bénéficiaires (soit P.B. I ou P.B. II). Pour connaître la répartition proportionnelle des différentes catégories de personnel, on a utilisé "Statistiques Canada", 1977.(1)

Ainsi, on constate au Québec, la répartition suivante:*

TABLEAU 2

CATEGORIE		NOMBRE	%
Infirmières		28 294	50.0%
Personnel auxiliaire:	infirmières auxiliaires	10 259	18.2%
	préposés (aide-infirmiers)	5 810	10.3%
	préposées et autres (aide-malades)	12 177	21.5%
	TOTAL	56 540	100.0%

(*) Sommaire des tableaux 1 et 2 de l'annexe 4.

(1) Statistique Canada, Soins infirmiers au Canada - Statistiques des soins infirmiers 1977, Ottawa, section main-d'oeuvre sanitaire, septembre 1978, pp. 99-109.

B. Milieu de travail des infirmières

Afin d'identifier le milieu de travail actuel des infirmières du Québec, on a utilisé le rapport annuel 1978-1979 de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. En regardant le tableau 3 de l'annexe 4, on constate que 83% des infirmières travaillent en milieu institutionnel, soit centres hospitaliers, centres d'accueil ou centres de réadaptation comparativement à 8.9% d'entre elles qui oeuvrent dans les centres de santé communautaire.

Si l'on regarde plus en détail la répartition des infirmières du Québec dans les différents secteurs du système de santé (tableau 4 de l'annexe 4), on s'aperçoit qu'au niveau des centres hospitaliers, 80.5% des infirmières travaillent, soit dans des centres de soins généraux ou de soins spécialisés par rapport à 11% que l'on retrouve au niveau des établissements de malades à long terme. De plus, lorsque l'on regarde le tableau 5 de l'annexe 4, on note que 28.6% des infirmières qui travaillent dans les centres hospitaliers sont dans les unités de médecine et chirurgie et que 9.5% d'entre elles travaillent en psychiatrie et 8.8% en gériatrie.

En examinant les statistiques disponibles comparables des années antérieures, on peut affirmer que la médecine et la chirurgie demeurent les centres d'activités où la majorité des infirmières exercent leur droit de pratique. Par ailleurs, on peut noter une augmentation progressive du pourcentage (%) des infirmières en psychiatrie. En effet, à partir des statistiques 1974-1975, on observe qu'il n'y avait que 5.6% des infirmières en psychiatrie comparativement à 9.5% actuellement. Cette courbe croissante pour la psychiatrie se vérifie cependant à l'inverse au niveau de la pédiatrie, où en 1975-1976, il y avait 8.8% des infirmières qui y travaillaient comparativement à 4.5% actuellement.

Quant aux SOINS PROLONGES, autre secteur où il y a eu fluctuation, des données comparatives n'existant pas pour des années antérieures à 1976-1977, le point de référence utilisé a été la présence des infirmières dans les centres hospitaliers de soins prolongés (C.H.S.P.). On n'observe en 1974-1975 que 2.8% d'infirmières en soins prolongés comparativement à 12% qui dispensent actuellement des soins à des convalescents et/ou malades à long terme dans les établissements de santé.

Maintenant, si l'on regarde la répartition des infirmières travaillant au niveau des CENTRES D'ACCUEIL, au tableau 6 de l'annexe 4, on constate que 97% des infirmières se retrouvent au niveau de l'hébergement ou de la réadaptation. Si l'on sectionne par centres d'activités le milieu de travail de ces infirmières, on peut relever que 69.2% travaillent auprès des personnes âgées (voir tableau 7 de l'annexe 4).

Quant aux infirmières oeuvrant en SANTE COMMUNAUTAIRE, on remarque au tableau 8 de l'annexe 4 que 79% de celles-ci se retrouvent dans les départements de santé communautaire ou dans les centres locaux de santé. Malgré qu'il y ait eu une légère augmentation dans les deux dernières années (on note cette année 8.9% des infirmières dans ce secteur comparativement à 8% pour l'année antérieure), on peut penser qu'il y ait eu une augmentation, même si les données antérieures ne permettent pas de la quantifier en termes de pourcentage. La répartition des infirmières par centres d'activités dans ce secteur (voir tableau 9 de l'annexe 4) permet de constater que la santé scolaire vient en tête de liste, suivie

des soins à domicile. Il est aussi intéressant de noter, à la lumière de ces statistiques, qu'il ne semble y avoir que 4.3% de la main-d'oeuvre infirmière qui se retrouve auprès des personnes âgées.

C. La formation

Quel est le niveau de formation de la main-d'oeuvre infirmière?

Au tableau 10 de l'annexe 4, on note que pour l'ensemble des infirmières, 57.8% d'entre elles ont une formation additionnelle à leur cours collégial en techniques infirmières. On observe, par ailleurs, que 9.4% des infirmières possèdent un grade universitaire, soit un premier cycle ou un deuxième cycle. Depuis au moins quinze ans, l'Association des Infirmières Canadiennes (A.I.C.) reconnaît qu'il est nécessaire, dans une proportion d'au moins 25%, que les infirmières possèdent un diplôme universitaire.(1) Nous sommes encore loin de cet objectif; toutefois, il est intéressant de noter chez les infirmières un besoin et un désir assez marqués de poursuivre leur formation en nursing.

---

(1) Helen K. Mussallem, La formation infirmière au Canada, (Commission royale d'enquête sur les services de santé), Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1966, p. 143.

Les centres de santé communautaire sont les établissements qui emploient le plus d'infirmières ayant une formation de niveau universitaire dans le secteur de la santé. En effet, on retrouve dans ces centres, 79.8% des infirmières qui ont une formation post-collégiale par rapport à 53.6% dans les centres hospitaliers et 57.9% dans les autres institutions.

Si l'on regarde ce phénomène un peu plus en détail, plus particulièrement en ce qui a trait aux centres hospitaliers où travaille la plus grande partie de la main-d'oeuvre infirmière, on constate aux tableaux 11 et 12 de l'annexe 4 que c'est au niveau des centres ultra-spécialisés que se retrouve le plus grand nombre d'infirmières ayant une formation universitaire. Ces infirmières bachelières sont principalement à l'oeuvre dans les unités de soins intensifs, d'hémodialyse et de pédiatrie. Par ailleurs, le plus grand nombre d'infirmières possédant un certificat ou une attestation post-base se retrouve en hémodialyse et en psychiatrie. C'est aussi en psychiatrie que se retrouve le plus fort pourcentage d'infirmières avec maîtrise, soit 0.9%. Ces tendances dans l'utilisation de la main-d'oeuvre infirmière sont certainement indicatrices du besoin de formation post-base pour travailler dans les secteurs ci-haut mentionnés.

En dernier lieu, il serait important de regarder la formation des infirmières selon les postes occupés. Si l'on se réfère au tableau 13 de l'annexe 4, on constate que malgré la nécessité de posséder une formation de premier cycle universitaire, plusieurs infirmières ayant des fonctions d'encadrement, cliniques ou administratives, ne détiennent pas encore une formation post-base. Malgré une augmentation dans le nombre d'infirmières ayant une formation universitaire occupant des postes de directeur de soins ou de directeur adjoint, il y a actuellement 33.5% des infirmières qui n'ont qu'une formation de base; de plus, il n'y a seulement que 19.5% des directeurs de soins qui détiennent un premier cycle ou un deuxième cycle universitaire, formation exigée pour le poste occupé.

En résumé, à la lumière des données actuellement disponibles, on peut affirmer que 50% de l'équipe des soins infirmiers est constituée d'infirmières et 18.2% d'auxiliaires en nursing. La majorité des infirmières se retrouvent en milieu institutionnel, tel les centres hospitaliers. Seulement 8.9% des infirmières se retrouvent en santé communautaire. La majorité des infirmières

travaillent en milieu curatif et dans les centres d'activités de médecine et chirurgie. On observe une diminution du nombre d'infirmières au niveau de la pédiatrie et une augmentation au niveau de la gériatrie et de la psychiatrie. Même si plus de la moitié des infirmières poursuivent leurs études après leur formation de base, il n'y a cependant que 9.4% d'entre elles qui possèdent un niveau universitaire comparativement à un objectif de 25% émis, il y a quinze ans. Par ailleurs, une grande partie des infirmières occupant un poste d'encadrement, clinique ou administratif, n'ont pas de formation autre qu'une formation de base en nursing.

4.2.1.2 Composante institutionnelle

A. Le nombre d'intervenants

La plus grande critique qui ait été formulée au niveau de l'organisation des soins est intimement liée au nombre de personnes qui s'y rattachent. Le grand nombre d'intervenants occasionne la fragmentation des soins d'une part, et la duplication des tâches, d'autre part.

L'équipe soignante se compose d'un personnel nombreux et diversifié, travaillant 8 heures par jour, 5 jours par semaine et assurant par une rotation, la permanence des soins, c'est-à-dire 24 heures par jour, 7 jours par semaine. De plus, à l'intérieur de cette même équipe, on retrouve diverses catégories de personnel infirmier qui sont directement impliquées auprès du malade. Il s'agit d'infirmières bachelières, d'infirmières cégepiennes, d'auxiliaires diplômées, de préposé(e)s aux bénéficiaires. Ces catégories de personnel ont des rôles se définissant comme suit:

L'infirmière (cégepienne et bachelière): c'est une personne qui est apte à assumer

la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers. Sa formation lui permet, par un processus scientifique, d'administrer des procédés au point de vue de la thérapeutique, de la prévention, du diagnostic et de la recherche.

L'auxiliaire diplômée: c'est une personne qui accomplit certaines tâches en rapport avec les soins du malade et les méthodes de diagnostic. Elle peut, sous surveillance de l'infirmière, poser certains actes que cette dernière lui a délégués.

Préposé aux bénéficiaires I (P.B.I.): c'est une personne qui, de par sa formation en cours d'emploi et son expérience, peut accomplir certaines tâches se rapportant aux soins de base des bénéficiaires et à d'autres soins tels que rasage pré-opératoire, installation de certains appareils. Elle se préoccupe du confort des malades et les aide dans leurs déplacements.

Préposé aux bénéficiaires II (P.B.II): c'est une personne qui donne des soins de base tels que friction, soins hygiéniques ou autres soins de même niveau; elle voit au confort et aux besoins généraux des bénéficiaires et les aide dans leurs déplacements. Elle peut aussi accomplir certains autres petits travaux.

Il va sans dire que ce personnel varié qui entoure le malade fait qu'il est quasi impossible pour lui de savoir qui le soigne et qui, dans le groupe, est responsable de son bien-être et de ses soins.

B. La fragmentation des soins

A la lumière des données factuelles recueillies, on constate que deux facteurs ont influencé le nombre d'intervenants dans l'équipe de soins. En effet, l'évolution constante des connaissances en nursing a favorisé la venue sur le marché du travail de deux types d'infirmières: l'une, qui a reçu sa formation de base à l'université et l'autre, au Cegep. Par ailleurs, la pénurie d'infirmières, conséquence de la dernière guerre mondiale, a fait naître la nécessité de donner au personnel auxiliaire une formation en cours d'emploi. Depuis ce temps, on voit ce personnel à l'oeuvre, assumant une certaine partie du travail de l'infirmière. Il s'ensuit donc qu'il fallut fragmenter les soins en des tâches classifiées de simples à complexes. Pour éviter que la délégation des tâches ne repose essentiellement que sur la simplicité des actions à poser et la formation requise pour les accomplir, l'Association des Infirmières Canadiennes a fait la

recommandation suivante que le ministère des Affaires sociales a entérinée par la suite: (1)

> "Que la délégation des soins faciles au personnel auxiliaire, se fasse tenant compte de la stabilité des besoins d'ordre physique et mental du malade et des besoins de directives de ce dernier."

Or, dans les faits, une certaine fragmentation des tâches est observée et ce, indépendamment de l'instabilité au niveau des besoins du malade. Même si dans les unités de soins intensifs et à l'urgence, on retrouve habituellement l'infirmière comme seul "intervenant", il n'en demeure pas moins, que dans les autres secteurs d'activités, le malade est en contact avec différentes personnes, à savoir: celle qui lui dispense les soins d'hygiène et de confort, celle qui fait son lit, celle qui lui passe les collations, celle qui prend ses signes vitaux, celle qui surveille son état, celle qui s'occupe de problèmes plus complexes et qui se soucie de l'approche psychologique.

---

(1) Association des infirmières Canadiennes, Guide des titres et qualités et des fonctions, personnel du service des soins infirmiers des hôpitaux, Ottawa, Association des infirmières canadiennes, (s.d.)

Le malade reçoit donc des soins en pièces détachées, même si le personnel infirmier déploie des efforts pour assurer la coordination et la continuité des soins. La situation qui a engendré la fragmentation des soins n'est plus la même aujourd'hui. En effet, la pénurie d'infirmières n'existe plus et pourtant, la formule d'organisation des soins et la formation des différents "intervenants" perdurent.

Plusieurs auteurs reconnaissent et déplorent cette fragmentation des soins qui, dans certains cas, compromet la réalisation du but ultime poursuivi par l'équipe de santé, à savoir: le bien-être "global" du malade. (1)

C. La duplication

A la fragmentation des soins que subit le bénéficiaire vient s'ajouter un autre élément de confusion, il s'agit de la duplication des tâches. Les groupes rencontrés par le comité ont été unanimes à regretter cet état de chose.

Si l'on regarde d'un peu plus près le personnel qui compose l'équipe de soins, on

---

(1) Helen K. Mussallem, A Path to Quality, Ottawa, Canadien Nurses Association, 1964, p. 75.

pourrait relever deux composantes qui illustrent bien cette duplication. En effet, dans le soin au chevet, on rencontre deux infirmières types: l'une qui a reçu sa formation à l'université (infirmière du "baccalauréat de base") et l'autre, au Cegep (infirmière cégepienne). Toutes les deux sont éligibles au droit de pratique par le biais des examens de la corporation professionnelle et de plus, peuvent accéder aux mêmes postes. Au niveau des soins, aucune fonction n'est réservée spécifiquement à l'infirmière de formation universitaire. En outre, même si on peut présumer, compte tenu du degré de scolarisation avancé de cette infirmière, que les soins qu'elle prodigue soient meilleurs, il n'y a cependant pas d'étude comparative disponible qui puisse le prouver.

Autre preuve à l'appui de la duplication, c'est la co-existence de l'infirmière et de l'auxiliaire, sujet qui a fait couler beaucoup d'encre. Qu'il suffise de rappeler le projet de loi des actes médicaux délégués pour se rendre à l'évidence que tous les gestes posés par une catégorie de personnel peuvent, moyennant certaines conditions, être aussi bien posés par une autre catégorie. Il est à souligner que cette situation, en plus d'occasionner de

l'insatisfaction, tant chez les auxiliaires qu'auprès des infirmières, contribue à créer à l'intérieur de l'équipe soignante, une guerre de territoire et un manque de motivation qui entravent l'esprit d'équipe et se répercutent sur la qualité des soins.

4.2.1.3 Composante individuelle

A. La polyvalence

Etant responsable des soins dispensés aux bénéficiaires, l'employeur s'attend à ce que l'infirmière puisse les prodiguer inconditionnellement, c'est-à-dire indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur culture, quelles que soient la nature et les phases de la maladie, quels que soient les problèmes des bénéficiaires, que ces derniers soient hospitalisés, en clinique externe ou à domicile et qu'elle ait à travailler avec d'autres "intervenants" nursing, avec ou sans équipe multi-disciplinaire.

De plus, l'infirmière doit être capable, entre autres, de superviser le personnel auxiliaire, de planifier les soins pour un certain nombre de malades et d'en assumer la continuité. Que l'employeur s'attende à ce que l'infirmière, même expérimentée, soit polyvalente est irréaliste et ce, dû au fait

de l'accroissement des connaissances en nursing d'une part et de l'augmentation du volume de soins et de leur complexité, d'autre part.

B. La préparation de l'infirmière

A son entrée sur le marché du travail, l'infirmière éprouve souvent de la difficulté à appliquer ses connaissances dans l'exercice de ses nouvelles fonctions. Ce phénomène est observé plus particulièrement dans les établissements où une structure d'accueil et un programme d'orientation sont inexistants. Toutefois, là où ces programmes existent, ils sont offerts non pas dans l'optique de parfaire une formation de base déficiente mais dans le but de familiariser l'employé avec son nouvel environnement de même qu'avec les facteurs locaux qui peuvent affecter sa pratique.

C. Le choc du présent

La réalité et les exigences professionnelles qui attendent l'infirmière dans son nouveau milieu de travail lui infligent en quelque sorte ce que l'on pourrait appeler le choc du présent. En effet, en

plus d'avoir à surmonter une certaine difficulté au plan de l'utilisation de ses ressources, elle a à s'ajuster aux horaires de travail jour-soir-nuit. Elle est aussi confrontée avec le problème de vivre selon une échelle de valeurs professionnelles dans un milieu qui parfois en véhicule une autre. Enfin, le fossé qui existe entre le système de santé actuel et l'éducation dispensée se fait sentir intensément lors de l'intégration de la nouvelle employée et peut être source de démotivation et d'abandon de la profession.

4.2.2 Evolution des connaissances en nursing

Dans la première partie de cette section, on fait référence à l'augmentation de la complexité des soins et à l'accroissement des connaissances en nursing. L'évolution de la science, ayant engendré l'expansion du savoir et de la technologie, a par le fait même contribué à accentuer la complexité des soins. L'importance du développement de la technologie hospitalière est telle qu'elle constitue une préoccupation très actuelle au sein de nos gouvernements. Aujourd'hui, durant la phase aiguë de sa maladie, le bénéficiaire demeure moins longtemps qu'hier en milieu hospitalier; toutefois, il reçoit des soins plus assidus et plus complexes. Il va sans dire que cette situation n'est pas sans créer un impact sur les exigences au niveau des "intervenants" qui prodiguent les soins. Il importe de voir comment la profession d'infirmière a évolué avec les années.

4.2.2.1 L'évolution de la profession infirmière

Historiquement, l'infirmière avait pour rôle de soigner les personnes malades et de les aider à recouvrer la santé. Plus tard, à une époque où la médecine se développe très rapidement, l'infirmière est perçue comme une exécutante et souvent même comme une assistante du médecin.

Progressivement, quoi qu'en retard sur d'autres professionnels de la santé, les infirmières ont commencé à développer un "corps" de connaissances qui sous-tend la pratique infirmière. Cette pratique, reconnue comme une contribution sociale distincte, se confirme au Québec dans une loi qui stipule que les infirmières exercent une profession à caractère exclusif.(1)

Malgré l'évolution de la profession, l'approche globale de l'individu est demeurée au premier plan des préoccupations du nursing. En effet, on voit actuellement surgir plusieurs écoles de pensée qui encadrent la pratique infirmière. Elles sont toutes axées sur la "globalité" de l'individu qui vit l'expérience de la maladie et non seulement sur l'aspect pathologique de la maladie dont il souffre.

---

(1) Loi des infirmières et infirmiers du Québec (L.Q. 1973, ch. 48), Editeur officiel du Québec, mars 1975.

4.2.2.2 Impact des soins

Aujourd'hui, dans certains secteurs d'activités, la profession d'infirmière est en mesure de démontrer scientifiquement l'impact des soins infirmiers sur la santé de la population et dans certains cas, l'impact des soins infirmiers sur le coût des services de santé. Même si le développement de la recherche en nursing est encore au stade primaire, certains résultats nous laissent entrevoir le développement de théories en nursing.

L'intervention appropriée du soignant auprès du bénéficiaire peut affecter le cours de la maladie de celui-ci et occasionner un impact financier. Le but de ce rapport n'est pas de faire une révision exhaustive des résultats des recherches en nursing, mais comme le "corps" de connaissances et la contribution au mieux-être de la population québécoise ont un impact tant tant sur le choix des "intervenants" et de leur formation que sur l'organisation des soins, une bibliographie en annexe 5 permettra au lecteur d'avoir un aperçu des types de recherches cliniques ayant démontré l'impact des soins et l'accroissement des connaissances. Par exemple, des études ont démontré que la préparation pré-opératoire donne des résultats au niveau de la diminution des vomissements et des douleurs, de la médication et du séjour. D'autres

recherches au niveau du traitement métabolique en pédiatrie mettent en évidence que les soins infirmiers dispensés à domicile plutôt qu'à l'hôpital, diminuent le temps de traitement et de régression de l'enfant, et partant, réduisent le coût du deux tiers (2/3).

De ces recherches, on s'aperçoit qu'on ne peut dissocier le "savoir du comment" du "savoir du pourquoi" sans aller à l'encontre du concept de soins qui considère l'individu comme un tout. De plus, on constate que l'augmentation des connaissances rend de plus en plus difficile la polyvalence de l'infirmière dans sa forme actuelle.

4.2.3 Sommaire

4.2.3.1 Eléments #1 de la problématique

Le bénéficiaire, aux prises avec la maladie, vit une phase de régression et de dépendance qui accentue son besoin d'aide.

Les bénéficiaires en milieu hospitalier reçoivent des soins morcelés par une multitude d'"intervenants" accomplissant les tâches indifféremment l'une de l'autre.

Cette situation est donc difficile à vivre pour le malade qui, en plus de supporter son état, doit faire un tour de force pour s'adapter à son entourage, jouer un rôle de malade et intégrer lui-même les composantes de ses soins.

Pour le personnel professionnel et auxiliaire, ce système d'organisation présente des difficultés; en effet, les rôles de chacun étant mal définis, cela crée une atmosphère de confusion dans l'accomplissement des tâches, engendre beaucoup d'insatisfaction et place les individus en présence dans un climat de friction professionnelle.

Par conséquent, au niveau de l'organisation des soins, cette façon de procéder augmente donc les

possibilités d'erreurs et accentue la nécessité d'un encadrement clinique encore plus grand afin de s'assurer de la sécurité des soins prodigués; certaines structures de supervision sont alors élevées au bénéfice d'un plus grand nombre de personnes.

4.2.3.2 Eléments #2 de la problématique

Le nursing en évolution a favorisé l'accroissement des connaissances nécessaires à la pratique.

En effet, il est actuellement possible de démontrer scientifiquement l'impact des soins infirmiers sur la santé de la population. On ne peut faire une telle assertion sans en deviner les conséquences importantes sur la façon d'organiser et de prodiguer les soins de même que sur les exigences de la tâche. Et pourtant, n'est-il pas utopique de toujours s'attendre à ce que l'infirmière soit polyvalente et prête à assurer les soins à tous les types de bénéficiaires, quel que soit leur état de santé?

Quoi qu'il en soit, on continue à organiser les soins et à donner comme support à la pratique infirmière un cadre de référence médical pendant que l'infirmière commence à se préparer selon un cadre conceptuel nursing qui considère la "globalité" de l'individu.

4.2.3.3 Eléments #3 de la problématique

Plusieurs infirmières ayant des fonctions d'encadrement, cliniques ou administratives, ne détiennent pas encore une formation post-base. Déjà en 1920, il fut reconnu que pour accomplir ces fonctions, il fallait plus qu'un cours d'infirmière.. Compte tenu de la complexité des soins et de la gestion, il est de plus en plus évident aujourd'hui qu'un premier cycle universitaire est le minimum de formation requis pour assumer de telles fonctions.

4.3 Structures de l'éducation

4.3.1 La problématique générale relative à l'ensemble des niveaux d'enseignement du nursing

Dans un premier temps, on fera appel à certains éléments que l'on rencontre dans les différents niveaux d'enseignement en nursing, soit notamment la similitude dans les objectifs de formation, une certaine duplication dans la formation de base, la carence observée dans la disponibilité des outils d'évaluation et certaines faiblesses dans la formation des maîtres.

Dans un second temps, on élaborera la problématique spécifique à chacun des niveaux secondaire, collégial et universitaire.

La similitude dans les objectifs

Il suffit de feuilleter quelque peu les annuaires des institutions d'enseignement pour se rendre compte de la similitude qui existe dans l'énoncé de leurs objectifs* de formation nursing et ce, à quel que niveau que ce soit. Par conséquent, il est à se demander si ces "différents" programmes préparent à des fonctions différentes sur le marché du travail! Aussi, il sera facile de comprendre pourquoi il devient très difficile de circonscrire le champ d'enseignement. Enfin, lors

---

(*) Voir annexe 6

des rencontres, il fut mentionné à plusieurs reprises que les professeurs ont tendance à dépasser le niveau de connaissances à transmettre, voulant bien s'assurer d'avoir donné tout le contenu que leurs expériences leur font croire essentiel à l'exercice de la profession.

La duplication au niveau de la formation de base

Actuellement, la formation dite de base est dispensée à deux niveaux d'enseignement. En effet, les candidats en soins infirmiers peuvent recevoir leur formation de base soit au niveau collégial, soit au niveau universitaire. Cependant, à la fin de leurs études, ils sont tous éligibles aux examens de leur corporation pour l'obtention de leur permis d'exercice et se retrouvent, en définitive, au même titre sur le marché du travail, soit comme infirmière soignantes généralistes!

Le manque d'outils d'évaluation

L'évaluation des attitudes et de l'habileté technique de l'étudiante infirmière pose un réel problème à l'éducateur en raison de la non-disponibilité des outils pour le faire. Et pourtant, tous reconnaissent l'importance d'évaluer adéquatement l'infirmière puisqu'elle se destine à une profession dont l'exercice se fait auprès des êtres humains. Aussi, ne risque-t-on pas de retrouver sur le marché du travail des professionnels dont il est difficile de déterminer la compétence?

Les lacunes au niveau de la formation des maîtres

Tous admettent que le maître doit posséder une formation académique supérieure au niveau où il enseigne.

Selon les statistiques de l'O.I.I.Q. pour l'année 1978-1979(1), sur 1 760 infirmières qui travaillent en éducation:

- 884 possèdent un D.E.C. ou un diplôme d'infirmières, avec quelques crédits universitaires pour certaines d'entre elles;
- 677 ont un baccalauréat;
- 196 détiennent une maîtrise;
- 3 ont un doctorat;

Ces mêmes enseignants se répartissent comme suit:

- 290 au niveau des polyvalentes;
- 1 196 dans les cegeps;
- 147 dans les universités;
- 127 dans d'autres milieux (exemple: centres hospitaliers).

A la lumière de ces statistiques, on constate que 50% des professeurs ne possèdent pas un premier cycle universitaire (baccalauréat). La majorité (67.9%) d'entre eux enseigne au niveau collégial; 24% se retrouve dans les polyvalentes ou dans les hôpitaux et 8% dans les universités.

---

(1) Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal: O.I.I.Q., août 1979, pp. 42-60.

Par ailleurs, malgré les exigences du ministère de l'Education, les gens rencontrés ont souligné l'existence de certaines failles au niveau de la formation pédagogique des maîtres, soit notamment un manque de clarification d'une philosophie d'éducation, certaines difficultés quant à l'utilisation de méthodes et de moyens pédagogiques adéquats. Plusieurs enseignants en nursing semblent avoir besoin de se perfectionner pour mieux répondre aux exigences de leurs tâches.

es;

De plus, il faut reconnaître que les professeurs ayant à enseigner dans une discipline telle que le nursing,doivent périodiquement "se ressourcer" en milieu clinique; on sait, par ailleurs, que ce n'est pas la majorité d'entre eux qui le font actuellement.

4.3.2 Niveau secondaire

Aujourd'hui, après avoir terminé le secondaire III, les étudiants qui pour la plupart ne sont âgés que de 14 ans seulement, peuvent s'inscrire au cours d'infirmière auxiliaire. Durant les dernières années où le cours se donnait dans les hôpitaux, on exigeait des candidats, une onzième année. Les étudiants d'alors ne pouvaient obtenir leur certificat qu'à l'âge de 18 ans.(1)

(1) Exigence de l'A.I.P.Q. Source: Mme Gertrude Jacob, O.I.I.Q., avril 198

Cette exigence avait pour but d'aider les jeunes étudiants à faire face émotivement au problème de la maladie. En effet, comment en pleine crise d'adolescence, un étudiant de 14 ans peut-il développer les attitudes et les habiletés requises pour établir une relation avec le malade et l'aider dans ses problèmes d'autonomie face à sa santé alors que lui-même, en raison de son jeune âge, vit personnellement des problèmes d'identité et d'autonomie!

Quand la décision fut prise d'intégrer la formation de l'infirmière auxiliaire au niveau du système d'éducation, l'objectif principal de la refonte des programmes existants* en un seul était la polyvalence de l'infirmière auxiliaire. Par la suite, les tâches qui lui furent confiées ont été décrites dans la brochure, "Classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux" du ministère de la Santé.(1)

Quarante pourcent (40%) des étudiants qui ont obtenu un diplôme d'infirmière-auxiliaire auraient pu possiblement, en raison de leur nombre d'années de scolarité, obtenir un diplôme d'infirmière. On constate, en effet, que peu d'étudiants (2%) entreprennent ce programme d'études après avoir terminé leur secondaire III tel que prévu dans le régime actuel. En

---

(*) Y compris les cours de puéricultrices et de gardes-bébés.

(1) Ministère de la Santé, Classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux, Québec: Ministère de la Santé, août 1967.

effet, la majorité sont admis après un secondaire $\overline{IV}$ ou $\overline{V}$ comme l'indique le tableau suivant:

TABLEAU 3

Année de graduation	Etudes complétées avant le début du cours		
	Sec. III	Sec.IV	Sec. V
1975	2.5%	43.2%	54.2%
1976	1.5%	67.0%	31.5%
1977	2.0%	64.0%	34.0%
Moyenne	2.0%	58.0%	40.0%

Source: Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (C.P.I.I.A.Q.), septembre 1979.

Par ailleurs, à l'analyse du contenu du programme, on observe que le nombre d'heures consacrées à l'aspect technique se rapproche beaucoup de celui qui est inscrit au programme de techniques infirmières*. A la lumière de cette comparaison, certains croient que le programme de formation des infirmières-auxiliaires peut

(*) Voir annexe 7

produire des travailleurs, membres d'une équipe multidisciplinaire, capables de prendre la responsabilité des soins aux malades. Ceci n'est pas exact car l'important bagage de sciences connexes, générales et spécialisées offert au cours des techniques infirmières leur manque pour remplir ces tâches.

Avec le temps, les exigences d'admission au cours d'auxiliaires sont passées de la onzième année à un secondaire III. Il semble donc que les candidats actuels étant plus jeunes et moins matures sont, par conséquent, peu prêts à faire face à la problématique de la maladie qui s'impose à eux. Aussi, remarque-t-on, d'une part, dans les faits, que peu de gens font le cheminement prévu par le régime actuel. Serait-ce que l'on réalise l'existence de cette problématique? D'autre part, une scolarisation plus longue dans une discipline de niveau quasi identique à une autre n'est-elle pas sans susciter de déplorables pertes d'énergie?

4.3.3 Niveau collégial

Une fois son secondaire V terminé, l'étudiant qui poursuit ses études au niveau collégial a le choix entre les programmes du secteur professionnel qui, après trois années, le conduisent directement sur le marché du travail (exemple: techniques infirmières) ou encore ceux du secteur général (exemple: sciences de la santé) qui, après deux années, lui ouvrent les portes de l'université.

Malgré son jeune âge, le programme de formation des infirmières au niveau des cegeps fait souvent l'objet de critiques et d'études, chacun visant à l'améliorer pour répondre de façon plus adéquate aux besoins de la société.

En regard de ce programme, le comité aimerait transmettre, à l'intérieur de ce rapport, les plus grandes préoccupations dont les enseignants et les praticiens en nursing lui ont fait part, lors des échanges. Elles concernent plus particulièrement les habiletés techniques, l'intégration des connaissances et l'accès au premier cycle universitaire.

L'infirmière cégepienne semble éprouver certaines difficultés quant aux habiletés techniques que requiert l'exercice de sa profession. Cécile Lambert, dans son "Historique du programme des techniques infirmières"(1), a bien su énoncer une des causes de cette problématique. Lorsque le cours d'infirmière était dispensé dans les écoles rattachées aux hôpitaux, on totalisait environ 4 400 heures pour les expériences cliniques alors qu'aujourd'hui, on en compte que 945 heures. Même si l'on admet qu'une réduction du nombre d'heures pouvait être acceptée à condition toutefois d'avoir des objectifs de formation précis et d'utiliser le temps prévu à des fins d'apprentissage et non de service, la seule

---

(1) Cécile Lambert, op. cit.

autre raison pouvant expliquer cette diminution importante réside dans le fait d'avoir voulu satisfaire aux exigences du régime pédagogique. Comment l'étudiante infirmière peut-elle développer les habiletés techniques et humaines qui lui sont nécessaires dans l'exercice de sa profession si la durée des stages est insuffisante et fragmentée et qu'en plus, ces stages se répartissent entre plusieurs spécialités?

Dans l'ensemble, les matières qui figurent au programme de techniques infirmières semblent avoir été choisies de façon à donner à l'étudiant les connaissances nécessaires qui sous-tendent l'exercice de sa profession. Cependant, les gens que le comité a rencontrés ont déploré le manque de coordination qui existe entre les différents contenus du programme. Cette faille, tout en pouvant donner à l'étudiant l'impression qu'on lui parachute une foule de notions ne semblant avoir aucun lien entre elles, encourt, entre autres, comme résultat que l'étudiant a de la difficulté à intégrer les connaissances acquises. Plusieurs collèges ont traduit cette problématique par un "manque de fil conducteur" entre les cours connexes et de nursing, d'une part et entre les cours nursing eux-mêmes, d'autre part. Cette difficulté semble être dûe à l'absence de clarté au niveau de la pensée nursing et au fait également que le programme privilégie l'acquisition du contenu plutôt que le développement des processus mentaux d'analyse et de synthèse nécessaires à l'intégration des connaissances et à un exercice systématique du nursing.

La Direction générale de l'enseignement collégial (D.G.E.C.) du ministère de l'Education est consciente de la problématique ci-haut mentionnée. Elle est d'ailleurs à réviser présentement le programme de techniques infirmières.

4.3.4 Niveau universitaire

Après avoir obtenu un Diplôme d'études collégiales (D.E.C.) en sciences de la santé, l'étudiant a la possibilité de s'inscrire au niveau du "baccalauréat de base en nursing", lequel est offert par les universités Laval, Montréal et McGill alors que celui ou celle qui possède déjà un diplôme en nursing, soit un D.E.C. en techniques infirmières ou un diplôme d'infirmières, doit subir un "recyclage" pour y être admis.

Certaines constituantes de l'Université du Québec (Chicoutimi, Hull, Rimouski et Trois-Rivières), l'Université Concordia et l'Université de Sherbrooke offrent aux infirmières diplômées la possibilité de poursuivre des études universitaires dans le cadre de leurs "baccalauréats et/ou de leurs certificats de perfectionnement pour infirmières".

Les deux types de baccalauréats sont évidemment basés sur une conception tout à fait différente. L'une voulant que l'infirmière soit formée à l'université au

niveau du "baccalauréat de base" et ce, en vertu de la complexité de l'exercice infirmier et de la formation qu'elle doit acquérir, alors que l'autre considère que l'infirmière peut être formée au cegep et qu'elle doit avoir la possibilité de continuer à se perfectionner à un niveau supérieur.

Par ailleurs, la différence ne se situe pas uniquement dans le type d'orientation privilégié par les institutions (baccalauréat de base et baccalauréat pour infirmières). Nous retrouvons également à l'intérieur des programmes de baccalauréat pour infirmières, diverses spécialités ou concentrations orientées, soit vers le milieu hospitalier, soit vers le milieu communautaire. Ces types de programmes ont connu un essor rapide et ont été développés pour répondre spontanément à des besoins locaux ou régionaux.

Là où l'enseignement régulier n'offre pas à l'infirmière la possibilité d'avoir accès à des études de premier cycle universitaire, un "enseignement parallèle" s'est développé pour répondre aux besoins ressentis par les infirmières. On se retrouve maintenant dans une situation telle, que près de 1 500 étudiants sont actuellement inscrits aux certificats en nursing de la Faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal. Les certificats universitaires semblent être actuellement pour les infirmières diplômées, les seuls

moyens détournés à utiliser pour finalement atteindre le baccalauréat dans certaines universités.

Il est à remarquer qu'il n'existe au Québec que deux programmes de maîtrise en nursing (l'un francophone et l'autre anglophone) pour répondre aux besoins de formation de 2e cycle des infirmières.

Enfin, un dernier élément qu'on aimerait ressortir dans ce rapport est celui de l'absence de doctorat en nursing. Même si toutes les personnes consultées reconnaissent la valeur et le bien-fondé du deuxième cycle universitaire qui existe actuellement, la majorité déplore l'absence d'un troisième cycle universitaire en nursing au Québec. Les gens considèrent, compte tenu de l'évolution des connaissances et des besoins actuels de la société, qu'un doctorat s'avère essentiel à l'acquisition de nouvelles connaissances visant à améliorer l'état de santé de la population québécoise et le développement de la recherche en nursing. Seuls les Etats-Unis offrent actuellement un programme de doctorat en nursing.

4.3.5 Formation des infirmières par le biais de l'éducation permanente

Depuis plusieurs années, la philosophie de l'éducation permanente est connue et véhiculée par toutes sortes de médias. Cependant, de façon concrète, elle

semble prendre difficilement la place qui lui convient dans notre système d'éducation. La réalité de l'éducation permanente fait figure de parent pauvre. Elle est souvent accusée à tort ou à raison de donner une éducation à rabais.

Les conditions d'admission aux études dans plusieurs universités sont encore rigides et freinent souvent la motivation d'un adulte ayant les aptitudes à poursuivre des études universitaires.

Aussi, dans plusieurs cas, les certificats dispensés par les services d'éducation permanente semblent être pour les infirmières les seules portes d'entrée au diplôme de premier cycle universitaire en nursing.

Au niveau collégial, les services d'éducation permanente tentent de répondre aux besoins immédiats du marché du travail par le biais de leurs certificats qui, pour certains d'entre eux, sont aussi dispensés au niveau universitaire (gérontologie, psychiatrie, etc.).

D'autres intervenants (employeurs, organismes privés, corporation, etc...) ont, eux aussi, mis sur pied divers cours ou programmes courts susceptibles d'apporter une réponse aux besoins immédiats exprimés par les infirmières.

Enfin, les orientations de tous ces programmes et institutions sont tellement différentes et non coordonnées que, contrairement à une véritable philosophie d'éducation permanente, peu de cours semblent répondre réellement aux besoins des infirmières; c'est le chaos total!

4.3.6 Sommaire

4.3.6.1 Eléments #1 de la problématique

On constate une similitude dans l'énoncé des objectifs de formation des programmes de nursing et ce, aux trois niveaux concernés (secondaire, collégial et universitaire). Aussi, il devient difficile de délimiter le champ d'enseignement. Certains professeurs ont, semble-t-il, tendance à dépasser le niveau de connaissances à transmettre voulant s'assurer d'avoir donné tout le contenu que leurs expériences leur font penser comme étant essentiel à l'exercice de la profession.

On observe plus particulièrement une duplication au niveau de la formation de base en nursing. Celle-ci est dispensée à deux niveaux (collégial et universitaire). Indépendamment du niveau de la formation reçue, les nouvelles diplômées sont toutes éligibles aux examens de leur corporation pour l'obtention du droit de pratique et se retrouvent finalement au même titre sur le marché du travail, c'est-à-dire comme infirmières soignantes généralistes.

4.3.6.2 Elements #2 de la problématique

Bien qu'il soit reconnu par tous que le maître doit posséder une formation académique supérieure au niveau où il enseigne, un certain nombre de professeurs en nursing semblent ne posséder qu'une formation de base avec tout au plus quelques crédits universitaires.

Par ailleurs, on constate, malgré les exigences du ministère de l'Education, certaines failles au niveau de la formation pédagogique des maîtres en nursing. Celles-ci se traduisent par un manque de clarification d'une philosophie d'éducation en nursing et certaines difficultés quant à l'exploitation des méthodes et utilisation de moyens pédagogiques adéquats.

4.3.6.3 Eléments #3 de la problématique

On constate qu'il est difficile pour les infirmières d'avoir accès à l'enseignement régulier universitaire en nursing sans avoir à faire du "recyclage". Aussi, dans les centres urbains tels que Montréal et Québec, où se trouve la majorité des infirmières, on note un grand nombre d'étudiants inscrits aux cours de l'éducation permanente, cet "enseignement parallèle" devenant pour les infirmières le seul moyen d'accéder à un premier cycle universitaire en nursing.

5. ASSISES DE DISCUSSION

Pour faciliter le processus d'analyse et de recommandation, le comité a choisi unanimement certains principes directeurs en nursing et en éducation que l'on présente dans le texte qui suit.

5.1 Pratique infirmière

La pratique infirmière comprend plusieurs éléments auxquels le comité s'est attardé, soit notamment, la définition de l'exercice même de la profession, les milieux et types d'intervention de l'infirmière, la complexité du nursing en soi ainsi que l'organisation des soins infirmiers, tenant compte d'une synergie fonctionnelle.

5.1.1 Exercice de la profession d'infirmière

L'article 36 de la Loi des infirmières et infirmiers du Québec (L.Q. 1973, ch. 48) nous définit l'exercice de la profession comme suit:

> "Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale."

L'analyse de cette définition de l'exercice de la profession d'infirmière démontre la complexité de sa structure et l'étendue de son contenu.

Composée de concepts clé, d'éléments de processus, de domaines d'implication du professionnel, cette définition se situe à un niveau conceptuel, c'est-à-dire à un niveau d'abstraction qui représente la réalité de l'exercice de la profession, mais qui n'est pas l'exercice-même de la profession effectué quotidiennement dans la réalité. Prise dans un sens universel, cette définition symbolise l'aspect "professionnel" proprement dit de l'exercice, susceptible d'être réalisé par l'infirmière.

Considérée comme un cadre de référence de l'exercice de la profession, cette définition, une fois comprise et acceptée, guide l'infirmière dans sa pratique professionnelle.

Par contre, pour être orientée adéquatement dans son action avec chaque bénéficiaire par une pensée claire et explicite du nursing l'infirmière a actuellement besoin, en plus de la définition de l'exercice, d'un cadre conceptuel en nursing, c'est-à-dire d'une vision globale du nursing qui tient essentiellement compte des éléments de la définition de l'exercice de la profession.

Toutes les infirmières ont une façon de concevoir le nursing, dira-t-on! Vrai! Cependant, les concepts constituant leur pensée ne sont pas toujours clairement définis, interreliés et organisés en une structure logique qui représente la réalité globale du nursing.

Basée sur des valeurs et des postulats, cette organisation mentale des concepts constitue une vision mentale du nursing que l'on nomme "cadre conceptuel en nursing" qui est l'assise de toute pratique et plus spécifiquement, de toute intervention nursing.

Prenant pour acquis que la pensée dirige l'action, les raisons qui inciteraient l'infirmière à clarifier sa façon de concevoir le nursing, se formuleraient dans les énoncés suivants:

- L'humanisation des soins par une vision globale du bénéficiaire et par une perception claire du but à poursuivre et du rôle à jouer comme professionnel.

- La satisfaction dans son travail auprès du bénéficiaire et l'assurance dans ses activités interdisciplinaires par une compréhension de la spécificité de son service.

- L'autonomie dans ses interventions, car ses prises de décision sont basées sur des connaissances organisées.

- La participation à l'évolution de sa profession s'effectuant par l'utilisation consciente d'une conception claire et explicite du nursing dans son activité professionnelle.

En résumé, il semble évident qu'un cadre conceptuel en nursing clairement défini et qui tienne compte de la définition de l'exercice de la profession, indique à l'infirmière:

- son but professionnel;
- sa façon de voir le bénéficiaire et les sources de difficulté qu'il présente;
- ses modes spécifiques d'intervention;
- son rôle professionnel.

Ces éléments permettent à l'infirmière d'exprimer le service professionnel qu'elle rend au bénéficiaire.

L'infirmière doit être non seulement capable de répondre à la définition de l'exercice infirmier mais aussi de baser sa pratique sur une "conception nursing".

5.1.2 Milieu et type d'intervention de l'infirmière

Dû au fait que la majorité des infirmières travaillent dans les hôpitaux et qu'elles ont été longtemps formées dans ces mêmes établissements, la pratique infirmière est très souvent associée aux soins de la personne malade en phase aiguë dans le système hospitalier.

Même si cela est vrai, il n'en demeure pas moins que la pratique infirmière s'opère aussi dans une variété de milieux autres que l'hôpital (écoles, domiciles, centres locaux de services communautaires, industries, bureaux de médecins, centres d'achats, bureaux d'infirmières etc...) et à différentes étapes du continuum santé - maladie (promotion de la santé, prévention primaire, prévention secondaire, prévention tertiaire).

D'ailleurs, le rapport Lysaught(1) mentionne que la pratique infirmière est, par définition et dans les faits, beaucoup plus large que les préoccupations traditionnelles le veulent, soit le soin des personnes atteintes de maladies graves et de blessures. Le nursing a toujours inclus les éléments du maintien de la santé, de la prévention de la maladie et des soins des malades à long terme.

De même, la pratique du nursing en phase aiguë que l'on appelle "épisodique" n'est pas synonyme de soins hospitaliers, même si c'est dans les hôpitaux ou dans les institutions que sont prodigués le plus souvent les soins curatifs et de réadaptation étant donné que les ressources en personnel et en équipement sont concentrées à cet endroit.

Par ailleurs, on dira que la pratique infirmière est de type "épisodique" ou "distributif". Les soins épisodiques sont ceux qui mettent l'emphase sur le "curatif" et la réadaptation. Ils se font en phase aiguë ou chronique

---

(1) Jerome P. Lysaught, From Abstract into action, The National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education, McGraw-Hill Book Company, 1973.

et sont généralement prodigués dans les hôpitaux ou dans d'autres types d'institutions. Les soins "distributifs", eux, mettent l'emphase sur le maintien de la santé, la prévention de la maladie. Ils sont généralement prodigués de façon continue, rarement en phase aiguë et fréquemment dans le milieu de vie du client.

On n'a retenu ici qu'une partie du modèle de Lysaught. Ce modèle cubiste de la pratique infirmière, reproduit en annexe 8, fait voir combien il est évident que les soins épisodiques et distributifs sont tous deux nécessaires et vitaux pour faire face à l'ensemble des problèmes de santé d'une population.

5.1.3 La complexité du nursing

A l'étude de la problématique et des assises de discussion présentées aux sections 5.1.1 et 5.1.2, il apparaît clairement que l'exercice de la profession d'infirmière est complexe et que le temps est révolu de croire que la formation infirmière peut préparer une professionnelle qui réponde à tous les besoins en soins de notre société, quels que soient le milieu, l'état du bénéficiaire et le type d'interventions à accomplir.

Les documents fournis, les échanges lors des rencontres avec les groupes, les consultations auprès d'infirmières praticiennes, etc... démontrent que les degrés de complexité existent. Toutefois, n'ayant aucun guide disponible pour l'éclairer dans son cheminement, le comité, dans le but de poursuivre ses travaux, a tenté de délimiter des niveaux d'exercice de la profession infirmière. D'autres approches auraient, bien sûr, pu être utilisées.

A la lumière de la définition de l'exercice infirmier, on a donc établi, dans un premier temps, une distinction entre le premier niveau d'exercice qui serait assuré par l'infirmière ayant reçu une formation de base et les autres niveaux de formation appelés post-base. Ainsi, le premier niveau d'exercice a pour but de répondre à la majorité des besoins de la population québécoise en soins infirmiers.

Les éléments indicatifs du degré de complexité qui ont été retenus sont les suivants: la situation vécue par le client, les sources de difficultés du client, le type d'approche utilisée par l'infirmière et le milieu d'intervention.

. <u>situation vécue</u>:

Certaines situations vécues par les clients peuvent être fréquentes, prévisibles et/ou généralement connues alors qu'il en est autrement pour d'autres.

- source(s) de difficultés:

  On entend par source de difficultés, "l'origine probable des difficultés qu'éprouve le client"(1) et l'obstacle qu'il rencontre dans sa réponse aux soins prodigués.

- type d'approche:

  Le type d'approche qu'utilise l'infirmière est soit individuel, soit collectif ou de groupe.

- milieu d'intervention:

  Les milieux d'intervention seront soit épisodiques, soit distributifs.

---

(1) Evelyn Adam, Etre infirmière, Montréal: Editions HRW, 1979, p. 114.

Les éléments indicatifs des niveaux d'exercice pourraient se représenter comme suit:

TABLEAU 4

Eléments indicatifs	Exercice de la profession	
	Base	Post base
Situations vécues par le client	Fréquentes Connues Prévisibles	Moins fréquentes ou rares Peu connues Imprévisibles
Sources de difficultés du client.	Facilement identifiables	Difficilement identifiables
Types d'approche utilisée par l'infirmière	Approche individuelle	Approche individuelle lors de déséquilibre grave ou intense des éléments bio-psycho-sociaux du client. Approche de groupe et collective.
Milieux d'intervention et types de pratique	Episodiques	Episodiques Distributifs

5.1.4 Organisation des soins infirmiers

Les assises de la discussion n'auraient pas été complètes sans y ajouter certains principes directeurs pour la dispensation des soins. Le comité a donc accepté et utilisé un travail préparé par un groupe d'infirmières oeuvrant dans un centre hospitalier (1) de même qu'un extrait du livre, "Etre infirmière".(2)

Ainsi, selon ces principes directeurs, le client est considéré comme un être ayant des besoins bio-psycho-sociaux, qui bien que fondamentalement semblable aux autres, se différencie des autres par ses caractéristiques individuelles. Il vit en échange constant avec un milieu tant interne qu'externe et tend vers l'équilibre de son fonctionnement par la réponse à ses besoins. Lorsque cet équilibre est menacé ou rompu, l'homme essaiera de le rétablir lui-même. S'il en est incapable, il requerra alors les services de quelqu'un afin que celui-ci l'aide à affronter la situation et/ou à atteindre un autre niveau d'équilibre.

Une telle vision de l'individu amène à concevoir les soins infirmiers comme un service ayant pour objectifs:

1- d'aider l'individu à affronter une menace de déséquilibre par des soins préventifs:

---

(1) Hôpital Notre-Dame, "Principes directeurs - Cahier de direction des soins infirmiers", Montréal, 1977.

(2) Evelyn Adam, op.cit.

2- d'aider l'individu à rétablir son équilibre par des soins curatifs;

3- d'aider l'individu à atteindre un nouvel équilibre par des soins de réadaptation;

4- d'aider l'individu à faire face à un autre niveau d'équilibre.

Pour ce faire, l'infirmière, avec l'aide de l'équipe soignante, tentera d'investiguer et d'identifier les besoins bio-psycho-sociaux de l'individu, les points de déséquilibre qui empêchent le fonctionnement optimal, les sources de difficultés et le type d'aide approprié, compte tenu des attentes du client et de sa capacité de participation.

Ces premières étapes d'une démarche nursing reposent tant sur une approche scientifique qu'une approche humaine et ce, tout en conservant une vision globale de l'individu. Ces étapes sont alors suivies d'une planification de l'action à poser, d'une intervention qui réponde à une "synergie fonctionnelle" et par la suite, de l'évaluation de cette intervention. (La notion de synergie fonctionnelle sera élaborée à la section 5.1.5).

"Cette démarche présente un caractère cyclique." En effet, aussitôt la dernière étape franchie (évaluation de l'intervention),"l'infirmière revient à la première car de nouvelles données appellent une interprétation et ainsi de suite. Le processus ne prend fin qu'avec la rupture définitive de la relation client-infirmière."(1)

Il est à noter que l'utilisation de la démarche nursing est la même,quelle que soit la conception nursing utilisée.

(1) Evelyn Adam, op.cit., p. 26.

5.1.5 Synergie fonctionnelle

Tout comme l'eau qui est un corps différent des éléments qui le constituent, ainsi en est-il de l'être humain qui est plus que et différent de la somme de ses composantes. Le concept de Levine (1), se rapportant à la "globalité" de l'individu, suppose la présence d'éléments très diversifiés qui s'imbriquent dans un tout de façon harmonieuse et bénéfique. Aussi, cette conception de l'être humain a-t-elle fait naître en nursing une approche nouvelle, l'approche "synergétique". Elle se caractérise par l'interrelation qui existe entre les différentes dimensions du soin; analogiquement, cette interrelation se rapproche dans ses effets de l'action synergétique que l'on identifie en pharmacologie. "La synergie en pharmacologie existe lorsqu'une action de deux médicaments utilisés ensemble est différente de l'action des deux médicaments administrés indépendamment."(2)*

Si l'on reporte cet exemple au niveau du soin, selon Brodt & Anderson(3), l'impact spécifique du nursing se vérifie chaque fois que l'infirmière est capable d'appliquer simultanément et de façon

---

(1) Myra E. Levine, "The Pursuit of Wholeness". Am. J. Nurs., vol. 69 no. 1, 1969, pp. 93-98

(2) Dagmar E. Brodt, "A Synergetic Theory of Nursing". Am. J. Nurs., vol. 69 no. 8, 1969, p. 1674.

(3) Dagmar E. Brodt, et Ellen H. Anderson, "Validation of a Patient Welfare Evaluation Instrument", Nursing Research, vol. 16, no. 2, 1967, pp. 167.

* Traduction libre

interreliée, les différentes dimensions du soin pour aider le malade à recouvrer la santé. On peut dire qu'actuellement le morcellement qui s'effectue, en attribuant à différentes catégories de personnel certaines dimensions du soin total, va à l'encontre de l'approche synergétique en nursing. Cette dernière a pourtant comme résultat d'être plus bénéfique que l'approche qui favorise la cumulation des soins.

5.2 Principes directeurs en éducation

De même que pour la pratique infirmière, le comité a choisi certains principes directeurs en éducation. Ceux-ci concernent une philosophie d'éducation permanente ainsi qu'une approche relative à une formation sur mesure qui pourraient éventuellement s'appliquer au cas particulier de la formation en nursing.

5.2.1 Vers un concept d'éducation permanente

Proposer une meilleure articulation des divers niveaux de formation en nursing et par conséquent, suggérer l'abolition de toute duplication existante, voilà deux éléments auxquels le comité devait répondre à l'intérieur de son mandat.

Aussi, le comité a-t-il ressenti le besoin de clarifier ce que pouvait signifier concrètement une philosophie d'éducation permanente. Pour ce faire, il s'est inspiré du document du Conseil supérieur de l'éducation intitulé "Eléments d'une politique d'éducation des adultes dans le contexte de l'éducation permanente".(1)(*) C'est à la lumière de cette philosophie d'éducation que le comité a choisi de baser ses prises de décision concernant la formation des infirmières.

Même si la plus grande préoccupation des planificateurs de l'enseignement en nursing a été jusqu'à maintenant la formation de base, le comité considère que le temps est venu de penser la formation des infirmières en termes d'éducation continue.

(*) Voir en annexe 9 un résumé de ce document.

(1) Conseil supérieur de l'éducation, Eléments d'une politique d'éducation des adultes dans le contexte de l'éducation permanente, Québec: Editeur officiel, février 1979.

L'éducation permanente est souvent perçue comme synonyme d'éducation des adultes. S'il est vrai que l'éducation des adultes s'y trouve englobée, l'éducation permanente a cependant un sens beaucoup plus large puisqu'elle s'applique à l'homme de tout âge et qu'elle englobe à la fois l'éducation des jeunes et celle des adultes.

Adhérer à une conception d'éducation permanente en nursing, c'est d'abord reconnaître la capacité de l'infirmière à se former, à évoluer et à se prendre en charge dans son apprentissage. "L'homme peut vraiment se former et apprendre à tout âge et dans l'ensemble de ses actes."(1) De plus, "certaines formations s'acquièrent mieux ou exclusivement à l'âge adulte".(2) Ainsi, l'éducation en nursing devra l'accompagner à l'intérieur de sa vie et de son travail et conséquemment, être adaptée à ses besoins. Si l'on considère que "plus l'homme possède l'expérience de la vie et du travail, plus aussi il devient avide et capable de se former, du moins dans la plupart des domaines"(3); le but de toute activité éducative en nursing, à l'intérieur des milieux comme à l'intérieur du système, doit favoriser le développement global de l'être humain et viser à un degré de liberté de plus en plus poussé chez l'individu. Ainsi,"l'école obligatoire doit viser à inculquer à chacun le goût de développer l'ensemble de ses virtualités, de façon autonome et en choisissant les moyens scolaires et non scolaires qui lui conviennent le mieux". (4) "L'école obligatoire doit donc assurer à

---

(1) Conseil supérieur de l'éducation, op.cit.
(2) Ibid.
(3) Ibid.
(4) Ibid.

chacun une formation de base, qui soit suffisamment large pour favoriser les formations ultérieures... Il faut viser à ce que, au sortir de l'école, tout étudiant ait un choix réel entre la poursuite immédiate des études et l'entrée dans la vie de travail".(1)

Le nursing étant une profession qui considère l'être humain dans toutes ses composantes, l'expérience de la vie ne peut être qu'un apport très important dans l'habileté à développer, au plan professionnel, la capacité d'aller vers une complexité toujours croissante. Aussi, dira-t-on, "certaines formations s'acquièrent mieux en dehors de l'école".(2)

Par conséquent, il est temps de "démocratiser l'enseignement", ce qui pourrait se concrétiser par:(3)

- la reconnaissance des diverses voies de formation scolaires et non scolaires;
- l'admission aux programmes, fondée sur la motivation et les capacités du candidat;
- l'égalité des chances d'accès et de réussite pour tous les candidats;
- des programmes adaptés selon les intérêts de l'individu et à son propre rythme de formation;
- la nécessité d'avoir accès aux programmes de formation sans avoir à recommencer, à faire du recyclage.

(1) Conseil supérieur de l'Education, op.cit.

(2) Ibid.

(3) Ibid.

Pour ce faire, il faudra, bien sûr, que les enseignants soient préparés à jouer leur nouveau rôle dans un système basé sur une telle philosophie.

5.2.2 Approche relative à la formation sur mesure

Différentes approches peuvent être utilisées pour véhiculer le concept d'éducation permanente. Le comité a toutefois choisi d'en privilégier une, soit celle de la formation sur mesure, celle-ci leur semblant le mieux répondre aux besoins de formation des infirmières du Québec.

En effet, puisque la profession d'infirmière peut être considérée comme une fonction sociale requérant de l'infirmière qu'elle ait recours à l'éducation tout au long de sa vie, il semble sensé d'affirmer que toute formule de perfectionnement en nursing aurait intérêt à s'inspirer de la formation sur mesure. Celle-ci tient particulièrement compte des besoins éducatifs d'ordre social des apprenants. La formation sur mesure se définit comme un "effort d'adaptation et de renouvellement des pratiques éducatives, axé sur la recherche et la satisfaction des besoins de formation des individus et des groupes, satisfaction qui peut impliquer leur participation à toutes les phases du processus éducatif". Elle implique donc une ouverture sur la clientèle et sur le milieu, une transformation des contenus de formation et une reconnaissance du caractère personnel de tout acte éducatif.(1)

---

(1) Campeau D. et Leroux J., "La formation sur mesure", Montréal: Fédération des Cegeps, avril 1975, p. 19.

A la faveur de toutes ces considérations, le comité reconnaît qu'il est essentiel que les programmes d'étude en soins infirmiers répondent aux besoins de formation des étudiants. Il est aussi essentiel que les étudiants soient amenés à s'impliquer activement dans le processus éducatif et ce, dans le but de leur permettre de se prendre en charge, de s'adapter à leur milieu de travail, en plus de les rendre aptes à changer ce milieu par une attitude critique et déterminée.

Bien sûr, faudra-t-il tenir compte des attentes des milieux de travail, d'où l'importance de présenter à l'étudiant du cours de base, un profil professionnel qu'il pourra discuter avec les agents impliqués dans sa formation afin de lui faciliter l'élaboration de ses propres objectifs. Comme il ne connaît pas la profession dans laquelle il s'engage, il aura besoin d'être orienté et guidé, tant au niveau de l'identification de ses besoins qu'au niveau de sa participation progressive à l'actualisation du programme.

Pour sa part, l'apprenant adulte professionnel, étant au carrefour des milieux de l'éducation et de la pratique, appelle une action éducative centrée sur ses besoins de formation (qui seront habituellement issus de son expérience professionnelle) et sur sa capacité de prendre une part active dans le processus d'intervention pour répondre à ses besoins. Cette attitude de la part des agents facilitateurs devrait permettre de réduire le fossé souvent déploré entre l'éducation en nursing et l'exercice professionnel.

Enfin, la formation sur mesure insérée dans l'enseignement du nursing exigera l'intégration d'une philosophie d'éducation permanente qui, pour sa part, appellera une flexibilité et une disponibilité tant du côté des agents de formation que de celui des membres faisant partie de la structure organisationnelle des institutions d'enseignement.

6. PROPOSITION DE SCHEMA DE FORMATION EN NURSING

L'analyse de la problématique décrite dans le présent document a amené les membres du Comité à proposer un schéma général de formation de l'infirmière. A ce sujet, plusieurs recommandations ont été formulées à la lumière des consultations effectuées par le comité tout au long de son mandat et à partir de principes directeurs qu'il a adoptés en matière d'éducation, de pratique et d'organisation des soins infirmiers.

Le Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières désire recommander au ministère de l'Education du Québec les modifications qu'il considère essentielles à apporter aux programmes de formation en nursing afin qu'ils répondent plus adéquatement aux besoins de la société québécoise. Ces recommandations concernent la formation de base, la formation post-base ainsi que la formation complémentaire en nursing.

6.1 Formation de base en nursing

Il est clairement apparu, à l'étude de la problématique et des assises de discussion, que l'exercice de la profession infirmière est complexe et que le temps est révolu de penser que l'infirmière à la base puisse prodiguer des soins à tous les types de bénéficiaires indépendamment de la nature et des phases de leurs maladies, qu'ils soient hospitalisés, à domicile ou en clinique externe.

A la lumière de la définition de l'exercice de la profession infirmière, le comité a alors tenté de délimiter des niveaux d'exercice où le premier niveau serait celui assuré par l'infirmière à la base et aurait pour but de répondre à la majorité des besoins de la population québécoise en soins infirmiers.

Considérant certains éléments indicatifs du degré de complexité, le comité a été amené à dire que l'infirmière ayant reçu une formation de base devrait être capable d'exercer sa profession auprès de clients de tout âge vivant des situations fréquentes, connues et prévisibles, en milieu(x) épisodique(s) et dont la ou les source(s) de difficultés est(sont) facilement identifiable(s) pour un ou plusieurs besoins de l'individu.

Prodiguer des soins à ce type de clientèle en milieu(x) épisodique(s) nécessite un certain niveau de maturité et de connaissances étant donné qu'il faut alors considérer tous les besoins d'ordre bio-psycho-social des individus. Par

conséquent, il semble au Comité qu'il soit difficilement possible aux étudiantes d'acquérir les notions nécessaires avant le niveau collégial. Le Comité recommande donc:

- QUE LE NIVEAU SECONDAIRE N'OFFRE PLUS DE FORMATION SPECIFIQUE EN NURSING.

Le nursing en soi, s'appuyant sur un ensemble de sciences connexes, requiert de l'étudiante qu'elle les ait intégrées afin de pouvoir exercer adéquatement sa profession. Le programme de base doit donc lui assurer, outre les connaissances spécifiques au nursing, une formation générale et scientifique qui soit substantielle.

Les objectifs généraux du programme doivent, pour leur part, être formulés en regard du rôle spécifique que l'infirmière à la base est appelée à jouer sur le marché du travail, c'est-à-dire soit celui d'infirmière soignante, préparée à prodiguer des soins en milieu(x) épisodique(s).

En visant simplement l'acquisition du contenu, les programmes actuels sont loin de favoriser l'intégration des connaissances que doit acquérir l'étudiante en nursing. Aussi, le comité est d'avis que le programme de base en nursing doit comporter un focus sur les processus mentaux d'analyse et de synthèse afin de pallier à cette lacune.

Par ailleurs, un manque de coordination entre les différents contenus des programmes actuels donne à l'étudiante l'impression de se faire parachuter une foule de notions n'ayant

aucun lien entre elles et en rend l'intégration d'autant plus difficile. Cette problématique a été exprimée par les enseignants comme étant due à un manque de fil conducteur. Les membres du comité croient que l'implantation d'une conception nursing dans le programme pourrait assurer une certaine continuité, progression et interrelation nécessaires à l'intérieur même du programme.

Le stage clinique est, pour sa part, une méthode d'apprentissage privilégiée en nursing. Aussi, dans une perspective de réponse aux besoins de la société québécoise, la sélection des expériences cliniques devrait être effectuée à la lumière des sources de difficultés présentées par les clients et ce, en tenant compte des plus grands problèmes de santé de notre population (décrits à la section 4.1 du présent rapport).

Par ailleurs, il est ressorti, lors de l'analyse des programmes de même que lors des rencontres avec les enseignants, que les stages cliniques en nursing s'avèrent insuffisants actuellement en terme de nombre d'heures passées en champs cliniques. Aussi, il serait souhaitable d'augmenter la durée des stages cliniques afin que ceux-ci équivalent environ une demi-année scolaire du programme. De plus, le comité croit, tout comme The Minister of Colleges and Universities Committee on Clinical Experience For Diploma Nursing de l'Ontario*, que les stages cliniques doivent être poursuivis sur une période continue et ce, afin de faciliter l'intégration des connaissances

---

* Voir en annexe 10, The Report of the Committee of the Minister of Colleges and Universities on Clinical Experience for Diploma Nursing.

acquises par l'étudiante et lui permettre de développer ses habilités de même que répondre à certaines attentes du milieu qui paraissent justifiées au comité (formation de base fonctionnelle et réaliste). Un stage de formation échelonné sur une période continue et réparti sur les trois horaires de travail (jour - soir - nuit) permettra à la nouvelle diplômée de mieux faire face au choc du présent lorsqu'elle arrivera sur le marché du travail.

Tenant compte de toutes les exigences d'un curriculum, les membres du comité considèrent que le nouveau programme de formation en nursing, donnant accès à la profession, devrait se répartir sur une période de quatre ans.

- Compte tenu de la complexité de l'exercice de la profession d'infirmière;

- Compte tenu de la nécessité pour l'infirmière d'avoir un cadre conceptuel pour exercer sa profession;

- Compte tenu de l'évolution des connaissances en nursing visant l'amélioration de l'état de santé de la population québécoise;

- Compte tenu de l'importance de fournir à l'étudiante en nursing les connaissances scientifiques qui lui permettront de poursuivre sa formation de façon continue;

- Compte tenu des exigences d'un programme de base en nursing.

Le comité recommande:

- QU'UN CADRE CONCEPTUEL EN NURSING FASSE PARTIE DU PROGRAMME DE BASE;

- QU'UNE SOLIDE FORMATION EN SCIENCES FONDAMENTALES ET HUMAINES SOIT INHERENTE AU PROGRAMME DE BASE EN NURSING;

- QUE LES SCIENCES CONNEXES AU PROGRAMME SOIENT ADAPTEES AUX CONNAISSANCES SPECIFIQUES DU NURSING;

- QU'UNE PERIODE EQUIVALENTE A DEUX ANNEES SCOLAIRES SOIT CONSACREE A LA FORMATION SCIENTIFIQUE DE L'INFIRMIERE;

- QUE LE PROGRAMME COMPORTE, DE PLUS, UNE ANNEE ET DEMIE($1\frac{1}{2}$) DE CONNAISSANCES SPECIFIQUES AU NURSING ET UNE DEMI-ANNEE DE STAGES CONTINUS;

- QUE LE CHOIX DES STAGES S'EFFECTUE EN TENANT COMPTE DES PLUS GRANDS PROBLEMES DE SANTE DE LA POPULATION QUEBECOISE;

- QUE LE NOUVEAU PROGRAMME DE BASE EN NURSING VISE A FORMER LES INFIRMIERES SOIGNANTES QUI PRODIGUERONT DES SOINS A LA MAJORITE DE LA POPULATION, EN MILIEU EPISODIQUE.

Le nouveau programme devrait, de plus, s'inspirer de la philosophie d'éducation permanente et de l'approche de la formation sur mesure, tel que proposé par le comité dans le présent rapport. Par conséquent, le comité recommande:

- QU'IL N'Y AIT QU'UN SEUL PROGRAMME DE FORMATION DE BASE EN NURSING;
- QUE CE PROGRAMME S'INSPIRE DE LA PHILOSOPHIE D'EDUCATION PERMANENTE ET DE L'APPROCHE SUR MESURE TEL QUE PROPOSE DANS LE PRESENT RAPPORT.

Afin de situer ce programme dans la structure actuelle de l'éducation, un choix s'offrait au comité, soit celui de choisir entre le niveau collégial ou le niveau universitaire. Dans les deux cas, un réaménagement de la structure serait nécessaire.

Niveau de formation

Afin de choisir à quel niveau de la structure il semblerait souhaitable de dispenser un programme de base en nursing, les éléments suivants furent respectivement considérés: accessibilité aux établissements d'enseignement, besoins du marché du travail, préparation académique des corps professoraux et coûts de formation.

Accessibilité aux établissements d'enseignement

Comme réseaux d'établissements d'enseignement qui pourraient offrir la formation de base en nursing, on dénombre actuellement 9 établissements universitaires répartis dans 7 régions du Québec et 41 collèges d'enseignement général et professionnel (cegeps)

répartis à travers tout le Québec.

L'"accessibilité à tous" est depuis fort longtemps une philosophie dont s'inspirent les cegeps bien que certains établissements universitaires font des efforts en ce sens depuis quelques années.

Il est reconnu, socialement parlant, qu'il n'est pas possible à tous et à chacun d'accéder aux études universitaires. Au Québec, on ne compte que 5.9% de la population active qui détient un diplôme universitaire(1).

Besoins du milieu du travail

Il importe que le système éducatif assure une certaine relève, c'est-à-dire produise annuellement des diplômées en nursing capables de répondre aux besoins du marché du travail qui, pour sa part, est de plus en plus exigeant. En plus d'assurer une formation de base solide aux nouveaux diplômés en nursing, le système d'éducation devra aussi produire un nombre suffisant de ceux-ci.

Les statistiques nous rapportent qu'en 1978/1979, il y a eu 3 157 inscriptions en nursing dans l'ensemble des collèges et universités. Au 31 mars 1979, l'O.I.I.Q. avait reçu 2 068 demandes d'immatriculation, soit 1 923 provenant des cegeps et 145 des établissements universitaires.(2)

---

(1) Commission d'étude sur les universités, Rapport du Comité d'étude sur l'université et la société québécoise, Québec: Editeur Officiel, mai 1979, p. 12.

(2) Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal: O.I.I.Q., août 1979, p. 69.

Préparation académique du corps professoral

Il est admis par tous que le maître doit posséder un degré académique supérieur au niveau où il enseigne. Ainsi, pour enseigner au niveau du premier cycle universitaire, le professeur devrait posséder au moins une maîtrise. De même, pour enseigner au niveau collégial, un premier cycle universitaire devrait être requis. Actuellement, 50% des enseignants en nursing au Québec ne possèdent qu'un diplôme de base avec tout au plus quelques crédits universitaires pour certains d'entre eux.

Coûts de formation

Des études portant sur les coûts de formation en nursing n'étant pas disponibles, le comité n'a pas été en mesure de faire l'analyse de cet élément.

- Compte tenu du fait que les collèges d'enseignement général et professionnel (cegeps) semblent plus accessibles que les établissements universitaires;

- Compte tenu du fait que le niveau collégial est en mesure de produire annuellement un nombre suffisant de diplômés en nursing;

- Compte tenu du fait que le perfectionnement nécessaire à l'actuel corps professoral serait moins important en contenu et en durée afin d'être qualifié pour l'enseignement collégial.

Le comité recommande:

- QUE LE NIVEAU COLLEGIAL SOIT LE SEUL NIVEAU DE FORMATION A DISPENSER LA FORMATION DE BASE EN NURSING.

Il semble, en effet, plus réaliste de retenir le niveau collégial plutôt que le niveau universitaire, dans les conditions sociales actuelles du Québec.

Le comité croit que les collèges d'enseignement général et professionnel, après réaménagement, sont en mesure d'offrir la qualité de programme désirée par tous et chacun. Il a d'ailleurs constaté lors des rencontres avec les enseignants du niveau collégial, un certain dynamisme à vouloir améliorer le programme et la qualité de leur enseignement.

6.2 Formation post-base

Le niveau collégial devrait possiblement préparer l'infirmière soignante, c'est-à-dire celle qui prodiguera des soins, à la majorité de la population, en milieu épisodique. Il existe cependant des clients dont les situations vécues sont moins fréquentes ou même rares, peu ou pas connues et non prévisibles. Par ailleurs, les sources de difficultés de ces clients ne sont pas toujours facilement identifiables. Aussi, a-t-il été mentionné précédemment qu'une formation post-base serait nécessaire à l'infirmière qui aurait à prodiguer des soins à ce type de clientèle, qu'il soit en milieu épisodique ou en milieu distributif. Cette infirmière pourra, en plus de prodiguer des soins plus complexes, assurer l'encadrement clinique aux groupes d'infirmières soignantes.*

Certains champs cliniques nécessiteront donc que l'infirmière soit formée à un niveau supérieur soit, en l'occurence, au niveau universitaire.

Le comité croit qu'au niveau du premier cycle universitaire, des "concentrations cliniques"(1) pouvant répondre à des besoins spécifiques de la société pourraient être offertes. L'aspect clinique devrait être supporté par une préparation scientifique appropriée.

---

* Voir en annexe 11, un tableau démontrant les éléments indicatifs du degré de complexité de l'exercice selon les niveaux de formation proposés.

(1) Concentration: se dit d'un groupe de cours dans une discipline donnée à l'intérieur d'un programme général ou spécialisé. Cette définition est celle de l'O.I.I.Q. dans son Plan de développement de l'éducation en nursing au Québec, mai 1977, p. 17

Le second cycle, pour sa part, celui des spécialités cliniques(1) devrait viser à former des infirmières cliniciennes spécialistes alors qu'au troisième cycle, la recherche clinique et le développement de nouvelles connaissances en nursing constitueraient les principaux objectifs de formation d'un programme à ce niveau.

Plusieurs approches auraient pu être choisies quant aux concentrations en nursing. Compte tenu du profil proposé pour le programme de base, le comité croit que les "concentrations cliniques" au niveau d'un premier cycle universitaire pourraient se répartir selon l'âge des clientèles à qui seront prodigués les soins infirmiers. Ainsi, nous aurions:

- soins à la mère et au nouveau-né
- soins à l'enfant
- soins à l'adolescent
- soins à l'adulte
- soins à la personne âgée et au mourant

Ces concentrations cliniques auraient deux pôles d'attraction. Elles pourraient être orientées vers les soins épisodiques ou les soins distributifs, dépendant des besoins de formation de l'infirmière. Il serait alors important que les programmes s'inspirent d'une philosophie d'éducation permanente et d'une approche de formation sur mesure afin qu'ils répondent aux besoins de l'apprenant (infirmière).

---

(1) Spécialisation: se dit d'un programme d'étude axée sur l'approfondissement des connaissances propres à un champ d'exercice donné. Cette définition est celle de l'O.I.I.Q. dans son Plan de développement de l'éducation en nursing au Québec, mai 1977, p. 17

Un domaine qui pose problème est celui de la santé mentale. Bien que selon la logique du schéma proposé, la santé mentale devrait être intégrée à tous les âges de la vie, le comité considère toutefois que compte tenu de la réalité actuelle, ce domaine doit demeurer une concentration et/ou spécialisation en nursing. Cependant, des études particulières sur le sujet devraient s'effectuer afin de cerner la pertinence de cette intégration.

Le deuxième cycle universitaire a pour but de former l'infirmière spécialisée clinicienne et les spécialisations offertes à ce niveau seraient basées sur le même principe. L'infirmière devrait toutefois, à ce niveau, être initiée à des travaux de recherche clinique en soins infirmiers.

Il n'existe actuellement aucun programme de doctorat en nursing au Québec. La majorité des personnes rencontrées l'ont d'ailleurs déploré. Compte tenu de l'évolution des connaissances et des besoins actuels de la société, il s'avère de plus en plus urgent qu'un programme de troisième cycle en nursing soit mis sur pied afin d'améliorer l'état de santé de la population québécoise et le développement de la recherche en nursing.

L'administration des soins infirmiers et l'enseignement du nursing sont, pour leur part, deux concentrations offertes actuellement par les facultés ou écoles de nursing. Bien qu'il semble souhaitable que ces concentrations deviennent éventuellement des concentrations offertes par les facultés d'administration et d'éducation respectivement, le comité considère que l'"administration des soins infirmiers" devrait

demeurer une concentration du nursing jusqu'à ce que les facultés d'administration en fassent une véritable concentration adaptée aux besoins du nursing. Cependant, en ce qui concerne la formation des enseignants en nursing, il serait souhaitable, à court terme, qu'elle soit dirigée vers les facultés d'éducation, celles-ci semblant être suffisamment préparées pour en faire une concentration adaptée aux besoins du nursing.

Un dernier point important à considérer est celui de la formation des infirmières occupant des postes d'encadrement, clinique ou administratif. Plusieurs d'entre elles ne possèdent qu'une formation de base malgré qu'il est reconnu depuis fort longtemps qu'une formation post-base est nécessaire pour occuper de telles fonctions. L'Association des Infirmières Canadiennes (A.I.C.) reconnaît d'ailleurs qu'il est nécessaire, dans une proportion d'au moins 25%, que les infirmières possèdent un diplôme universitaire. Il est de plus en plus évident qu'un premier cycle universitaire serait le minimum requis pour occuper des fonctions d'encadrement. Il en serait de même pour les enseignants à la base, s'il est admis que le maître doit posséder un degré académique supérieur au niveau où il enseigne.

Le comité recommande donc:

- QUE LES PROGRAMMES DE BACCALAUREAT VISENT, A L'INTERIEUR DE CONCENTRATIONS CLINIQUES, A PREPARER L'INFIRMIERE A ETRE CAPABLE DE PRODIGUER DES SOINS PLUS COMPLEXES;

- QUE LES "CONCENTRATIONS CLINIQUES" TIENNENT COMPTE DE L'AGE DES INDIVIDUS POUR LESQUELS L'INFIRMIERE DESIRE PARFAIRE SA FORMATION. CES CONCENTRATIONS POURRAIENT ETRE LES SUIVANTES:

  SOINS A LA MERE ET AU NOUVEAU-NE
  SOINS A L'INFANT
  SOINS A L'ADOLESCENT
  SOINS A L'ADULTE
  SOINS A LA PERSONNE AGEE ET AU MOURANT

- QUE LA SANTE MENTALE, QUI A CE MOMENT-CI DEMEURE PROBLEMATIQUE, CONTINUE D'ETRE CONSIDEREE COMME UNE CONCENTRATION ET/OU SPECIALISATION EN NURSING;

- QUE LE DEUXIEME CYCLE UNIVERSITAIRE VISE A FORMER DES INFIRMIERES CLINICIENNES SPECIALISTES;

- QU'UN PROGRAMME DE TROISIEME CYCLE EN NURSING SOIT IMPLANTE DANS LES PLUS BREFS DELAIS;

- QUE LES PROGRAMMES DE FORMATION POST-BASE EN NURSING TIENNENT COMPTE, EUX AUSSI, DE LA PHILOSOPHIE D'EDUCATION PERMANENTE ET D'UNE APPROCHE DE FORMATION SUR MESURE.

6.3 Formation complémentaire

Il importe que tout cours ou programme de formation complémentaire soit conçu en tenant compte des niveaux de formation proposés. Ainsi, au niveau collégial, soit celui de la formation de base en nursing, se retrouveraient les cours d'actualisation professionnelle, le cours de passage d'infirmière auxiliaire à infirmière ainsi que tout programme de mise à jour des connaissances destiné aux infirmières actuellement sur le marché du travail. Au niveau universitaire, dépendant du niveau du cycle, toute formation complémentaire aurait pour but de permettre à l'infirmière de changer de concentration ou de spécialisation ou encore de se mettre à jour si elle a déjà reçu un enseignement de ce niveau.

Il est à noter que le cours de passage d'auxiliaire à infirmière devrait privilégier l'approche proposée ici, soit celle basée sur un cadre conceptuel en nursing.

Le système devrait, pour sa part, être suffisamment souple pour permettre une formation sur mesure qui tienne compte des besoins de l'apprenant et des exigences du curriculum. Ainsi, les infirmières auraient plus facilement accès à des cours complémentaires qui répondent à leurs besoins. Actuellement, la mise à jour des diplômées des premier et deuxième cycles universitaires en nursing laisse à désirer, ces dernières ayant peu accès à des cours de formation complémentaire.

Une multitude de cours, dont le contenu et la qualité ne sont pas connus, ont fait leur apparition depuis quelques années afin de répondre aux besoins exprimés par les infirmières. Ces cours sont dispensés par divers organismes paragouvernementaux, privés ou autres (E.N.A.P., O.I.I.Q., A.H.P.Q., C.O.S.E., etc). Il y aurait lieu à ce moment-ci que le ministère de l'Education du Québec analyse cette situation pour en arriver à une politique d'ensemble de la formation complémentaire au Québec.

Aussi, le comité recommande:

- QUE LE MINISTERE DE L'EDUCATION DU QUEBEC SE PENCHE SUR LE PROBLEME DE LA PROLIFERATION DE PROGRAMMES DE FORMATION COMPLEMENTAIRE AFIN D'EN ARRIVER A UNE POLITIQUE D'ENSEMBLE POUR LE QUEBEC;

- QUE TOUT COURS OU PROGRAMME DE FORMATION COMPLEMENTAIRE SOIT ORGANISE EN TENANT COMPTE DES NIVEAUX DE FORMATION OÙ L'ENSEIGNEMENT REGULIER EST DISPENSE.

7. PROPOSITION DE MODIFICATIONS AU NIVEAU DE LA PRATIQUE

En réponse à son mandat, le Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières désire recommander les modifications qu'il considère nécessaires d'apporter au niveau de la pratique en nursing afin que celle-ci réponde plus adéquatement aux besoins actuels et futurs de la société québécoise.

Les modifications à apporter au programme de formation resteront lettres mortes si des modifications au niveau de la pratique infirmière ne sont pas faites. Le point faible de plusieurs réformes en éducation du nursing a été de ne pas considérer les changements nécessaires au niveau de la pratique, croyant qu'une fois la formation modifiée, l'arrivée sur le marché du travail des nouvelles graduées aurait en soi un effet pour changer la pratique. Dans la réalité, ce changement n'est pas fréquent puisque le peu d'étudiants qui entrent chaque année sur le marché du travail sont noyés par la masse des travailleurs et un phénomène d'assimilation s'installe. Jusqu'à un certain point, les plaintes répétées provenant du milieu de l'éducation envers le milieu du travail, et "vice versa", sont en regard de cette situation-là. Le comité croit que pour atteindre les buts de la réforme proposée en éducation, il faut aussi apporter des modifications de la pratique aux chapitres suivants: soit, la pratique basée sur un modèle nursing, la limitation des champs d'exercice, la réorganisation des équipes de soins, la structure d'accueil, la formation en cours d'emploi et l'internat.

7.1 La pratique infirmière

Le contenu du présent document a démontré la nécessité que l'exercice de la profession se fasse à partir d'une conception claire et explicite du nursing, qui tienne compte de la globalité de l'individu et permette d'assurer des soins sécuritaires, humains et adaptés à l'individu. Pour ce faire, il n'y a pas que la formation des infirmières qui doive être basée sur un cadre conceptuel en nursing, mais la pratique doit l'être aussi. L'énoncé des principes directeurs pour la dispensation des soins que l'on retrouve dans le milieu de travail doit décrire clairement la conception nursing choisie. De ces principes découlent les objectifs poursuivis ainsi que les moyens pour les atteindre et enfin, les critères d'évaluation de ces objectifs. Il faudra donc développer des moyens, des outils de travail, pour permettre aux infirmières de travailler plus efficacement à partir d'un cadre conceptuel en nursing. Un programme de formation pour les praticiennes actuellement sur le marché du travail devrait être organisé afin de faciliter la transition.

En plus de mettre l'accent sur la conception nursing au niveau de la pratique infirmière, il serait important de mettre aussi l'emphase sur la prévention. On a établi que la majorité des infirmières travaillent à prodiguer des soins épisodiques en milieu institutionnel. Par ailleurs, la préoccupation croissante dans le domaine de la santé, en matière de prévention primaire, secondaire ou tertiaire et de la promotion de la santé, est une préoccupation des gouvernements et des professionnels de la santé. La réorganisation

des services communautaires ainsi que l'augmentation du nombre de facilités existantes sont souvent reliées aux programmes pour le maintien de la santé. Malgré une préoccupation croissante dans ce domaine et après une répartition nouvelle des ressources en main d'oeuvre infirmière, on sera devant le fait que la majorité de la main d'oeuvre demeurera en milieu institutionnel. Il devient donc important que les préoccupations en matière de prévention secondaire et tertiaire, tout au moins, soient incorporées à l'intérieur de la pratique infirmière en milieu institutionnel, et que les liens soient intensifiés entre le milieu institutionnel et le milieu naturel du client, si on veut réellement atteindre l'objectif visé au niveau de la prévention de la maladie.

Compte tenu de ces considérations, le Comité recommande donc:

- QUE LA PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL SE FASSE SELON UN CADRE CONCEPTUEL EN NURSING ET QUE LES OUTILS DE TRAVAIL NECESSAIRES SOIENT DEVELOPPES AFIN DE FACILITER CETTE APPROCHE;

- QUE LES PROGRAMMES DE SOINS METTENT L'EMPHASE, PLUS PARTICULIEREMENT, SUR LA PREVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE EN MILIEU INSTITUTIONNEL.

7.2 Limitation des champs d'exercice

La complexité de l'exercice infirmier a amené le comité à déterminer des niveaux d'exercice. En effet, il n'est plus possible de prétendre que l'infirmière, par une formation de base, peut être adéquatement préparée pour répondre aux différents types de malades dans les différents centres d'activités, indépendamment de l'ampleur des besoins.

La formation infirmière prépare cette dernière à pratiquer l'exercice infirmier à un premier niveau. Il s'ensuit donc que le milieu de travail aura à délimiter où et avec quels malades l'infirmière soignante pourra prodiguer des soins infirmiers. Si l'on se réfère aux éléments indicatifs des niveaux d'exercice à la section 5.1.3, on constate qu'une infirmière de premier niveau peut prodiguer des soins à des malades dont la situation vécue par le client est fréquente, connue et prévisible, dont les sources de difficultés du client sont facilement identifiables, dont le type d'approche utilisé par l'infirmière est une approche individuelle et dont les milieux d'intervention et le type de pratique sont épisodiques. Par conséquent, on peut en déduire qu'une grande partie des malades hospitalisés en médecine, en chirurgie et en soins prolongés pourraient, après évaluation de chacun d'eux, être classifiés dans cette grande catégorie et ce, à tous les âges de la vie. Par contre, pour les malades vivant des situations peu fréquentes ou rares, peu connues ou imprévisibles, dont les sources de difficulté sont difficilement identifiables, dont le type d'approche utilisé

par l'infirmière peut être individuel, de groupe ou collectif et dont le milieu d'intervention peut être, soit épisodique ou distributif, il faudrait l'intervention d'une infirmière de deuxième niveau; celle-ci, en plus d'avoir acquis une connaissance additionnelle au niveau bio-psycho-social, doit posséder un "savoir-être" dans des situations qui sont indissociables d'un cheminement personnel au point de vue psychologique. A titre d'exemple, on pourrait se référer, soit à des malades qui se trouvent dans une unité de soins intensifs aigus, tenant compte des situations et des difficultés vécues par le client, ou encore à des malades psychiatriques dans des unités de soins aigus, ou enfin à ce type de population nécessitant des soins distributifs à l'intérieur de la communauté.

La délimitation des champs d'exercice nécessite pour son application certains mécanismes régulateurs. Entre autres, ces mécanismes pourraient se trouver au niveau de l'application du code de déontologie qui prévoit que l'infirmière travaille auprès de bénéficiaires dans des secteurs correspondant aux connaissances qu'elle possède. Un autre régulateur de la délimitation des champs d'exercice pourrait se situer au niveau des exigences d'emploi telles que demandées par les employeurs et formulées, lors du renouvellement du contrat de travail, à l'intérieur de la convention collective.

Afin que la population québécoise reçoive des soins de qualité par du personnel compétent, capable de répondre aux besoins spécifiques des différents types de bénéficiaires rencontrés dans le système de santé, il faudra mettre en place les mécanismes nécessaires.

Le comité recommande donc que:

- COMPTE TENU DES DIFFERENTS NIVEAUX DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIERE, QUE DES CHAMPS D'EXERCICE SOIENT DETERMINES PAR LA PROFESSION INFIRMIERE ET QUE DES MECANISMES DE REGULATION DE CET EXERCICE SOIENT MIS EN PLACE.

7.3 Réorganisation des équipes de soins

Compte tenu de la problématique et des assises de discussion, il devient essentiel de revoir la constitution des équipes qui prodiguent les soins aux malades. Pour s'assurer que le malade reçoit des soins infirmiers adéquats et personnalisés et qu'il bénéficie de l'effet synergétique des soins, il faut non seulement déterminer les champs d'exercice de l'infirmière mais aussi diminuer le nombre d'intervenants en nursing, soit en clarifiant leurs rôles, soit en réduisant les facteurs de duplication et de morcellement.

Présentement, se retrouvent au chevet du malade, l'infirmière bachelière, l'infirmière cégepienne, l'auxiliaire et les préposés I et II. L'on considère, compte tenu de ses connaissances, que l'infirmière soignante ayant reçu une formation de base (cegep) devrait prodiguer des soins de façon synergétique à la majorité des malades. Le nombre d'intervenants de l'équipe devrait être diminué dans l'optique de s'orienter le plus possible vers un système qui favorise la "synergie fonctionnelle". Afin d'adapter ce concept à la réalité sociale et financière de la distribution des soins, le comité croit que l'infirmière pourrait travailler avec une préposée à qui elle confierait, compte tenu de la condition du malade, des tâches d'entretien, de transport, certains soins d'hygiène ou de confort. En plus d'assurer des soins sécuritaires, cette réorganisation favorise la synergie fonctionnelle, élimine la duplication des tâches et aide à clarifier le rôle des intervenants. Pour appliquer un tel système, le recyclage des auxiliaires en nursing s'impose.

De plus, l'infirmière ayant une formation au premier cycle universitaire sera préparée pour assurer les soins des malades dans certaines unités spécialisées et les soins de certains malades dans l'ensemble des unités. Pour sa part, l'infirmière possédant un 2e cycle universitaire devra, en plus de répondre aux malades dont les besoins sont multiples et les soins très complexes, répondre aux demandes de consultations exprimées par l'infirmière soignante, l'infirmière bachelière et le médecin traitant. C'est donc dire que l'encadrement clinique sera assuré par des infirmières bien préparées.

Il en va de même pour l'encadrement administratif qui nécessite une formation de premier ou deuxième cycle universitaire, dépendant du type de responsabilités et du poste occupé dans l'organisation. Ainsi, par exemple, toutes les infirmières-chefs devraient posséder au moins un 1er cycle universitaire et le directeur des soins infirmiers, un deuxième cycle.

Le Comité recommande donc:

- QUE L'EQUIPE DE SOINS DE BASE SOIT CONSTITUE D'UNE INFIRMIERE SOIGNANTE QUI ASSURE LES SOINS AUX MALADES ET D'UNE PREPOSEE QUI AIDE AU NIVEAU DES TACHES D'ENTRETIEN, DE TRANSPORT ET DE CERTAINS SOINS DE CONFORT ET D'HYGIENE;

- QUE LES AUXILIAIRES EN NURSING BENEFICIENT D'UN COURS DE RECYCLAGE POUR ACCEDER AU TITRE D'INFIRMIERE;

- QUE LES INFIRMIERES BACHELIERES ET LES INFIRMIERES DU 2e CYCLE (CLINICIENNES SPECIALISTES) SOIENT INCLUES COMME PERSONNEL D'ENCADREMENT DANS L'ENSEMBLE DES INSTITUTIONS;

- QUE LES INFIRMIERES ASSURANT L'ENCADREMENT ADMINISTRATIF DES SOINS INFIRMIERS DETIENNENT UN 1er CYCLE UNIVERSITAIRE ET QUE DANS LE CAS DU DIRECTEUR DES SOINS INFIRMIERS, UN 2e CYCLE SOIT EXIGE.

7.4 Structure d'accueil et formation en cours d'emploi

Pour faciliter l'intégration de la nouvelle infirmière dans son milieu de travail, il est nécessaire que des structures d'accueil soient en place et que le programme lui permette de se familiariser avec son nouvel environnement; de plus, dans le but d'assurer éventuellement le soin à un certain nombre de malades, ce programme doit aussi favoriser l'acquisition d'expériences cliniques.

La formation en cours d'emploi, par l'instauration de programmes de courte durée, devrait permettre à l'infirmière de se tenir à jour quant aux derniers développements scientifiques et techniques et de rafraîchir régulièrement ses connaissances de base. Cette formation, qu'elle soit intra ou extra-muros, se doit d'être accessible à toutes les infirmières, indépendamment de leur lieu de travail. Un tel programme devrait avoir comme assise le cadre conceptuel en nursing et ce, pour faciliter l'implantation des changements.

Le Comité recommande donc:

- QUE DES STRUCTURES D'ACCUEIL ET DES PROGRAMMES DE FORMATION EN COURS D'EMPLOI SOIENT DISPONIBLES DANS TOUS LES MILIEUX OÙ TRAVAILLE L'INFIRMIERE;

- QU'UN PROGRAMME DE FORMATION FAVORISANT L'INTEGRATION D'UN CADRE CONCEPTUEL EN NURSING SOIT DISPONIBLE POUR LES PRATICIENNES EN NURSING.

7.5 Participation à l'internat

Le milieu de travail a besoin d'une infirmière qui, après ses études, soit compétente aux points de vue théorique et technique afin d'être en mesure d'assumer les soins des clients qui lui sont confiés. Il devient donc important que les infirmières, déjà sur le marché du travail, participent à l'internat des futures infirmières.

8. STRATEGIES D'IMPLANTATION

Les recommandations de ce rapport, apportant d'importants changements au niveau du système d'éducation et de la pratique infirmière, nécessiteront de la part des milieux impliqués de sérieux réajustements tant du côté des ressources humaines que du côté matériel.

Aussi, le comité croit qu'il y aurait avantage à ce que, dans les plus brefs délais, le ministère de l'Education du Québec prenne position sur la formation des infirmières. Il devrait, par la suite, effectuer une première campagne de sensibilisation auprès des personnes responsables de l'organisation des soins et de l'éducation, soit respectivement les directeurs de soins infirmiers, les doyens ou responsables de programmes de nursing.

Tout changement apporté par le ministère de l'Education au niveau des programmes de formation en nursing devrait être transmis dans le réseau des Affaires sociales. De même, tout changement apporté à l'organisation des soins devrait être transmis dans le réseau de l'Education. On parviendra ainsi à rétrécir le fossé si souvent déploré entre les milieux d'éducation et de la santé. De plus, une campagne de sensibilisation auprès des divers milieux sur les nouvelles orientations et changements possibles devrait viser à informer toute personne liée de près ou de loin à la dispensation des soins infirmiers.

Le comité recommande de faire, à court terme, une expérimentation sur une petite échelle dans le but d'identifier les "critères" qui pourraient aider à la réorganisation des soins selon un cadre conceptuel en nursing; de prévoir les modalités de transition (par exemple: changements de contrats de travail, recyclage de certaines catégories d'employés, etc...); et de déterminer un échéancier

précis pour l'application des changements souhaités. De même, il devrait faire une expérimentation restreinte à quelques établissements d'enseignement dans le but d'identifier les "critères" qui pourraient aider à la réorganisation des programmes d'enseignement; prévoir les modalités de transition et finalement en déterminer aussi les dates d'implantation.

Selon les changements qui devront être effectués, les maîtres en nursing, d'une part et les personnes cadres en nursing, d'autre part devront être formés en ce sens. Une période de mise à jour pour les infirmières déjà sur le marché du travail devrait être prévue. Il est possible que cette proposition paraisse dispendieuse. Mais si réellement les changements sont désirés et souhaités, il faudra investir autant dans le milieu de la santé que dans le milieu de l'éducation.

Afin de faciliter la mise en application des changements proposés, des équipes de support formées de consultants devraient être organisées. Compte tenu du mandat de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, le comité croit que sa participation pourrait être utile dans ces équipes de consultation.

9. PERSPECTIVES D'AVENIR

L'évolution de connaissances spécifiques au nursing à l'aide de la recherche clinique porte à croire qu'une véritable théorie nursing verra le jour. La mise sur pied d'un programme de doctorat en nursing apparaît d'ailleurs de plus en plus nécessaire et ne pourra que contribuer positivement à l'augmentation des connaissances et à l'amélioration de la santé de la population québécoise.

Si les objectifs de formation en matière d'éducation continuent à être de plus en plus exigeants (ex. formation scientifique plus poussée) et si les besoins de la société, pour leur part, vont dans le même sens (durée de séjour à l'hôpital plus court, population vieillissante demandant des soins spécialisés etc...), il est probable que le schéma de formation proposé dans ce rapport ne réponde plus adéquatement aux besoins. Le comité considère d'ailleurs que le modèle proposé devrait être mis en place dans les plus brefs délais, celui-ci ayant été choisi en vue de répondre aux besoins de la prochaine décennie. Il n'est pas impossible, voire même indispensable, de réétudier la situation dans une dizaine d'années.

Par ailleurs, tel qu'on le mentionne dans le présent rapport, l'enseignement de la santé mentale devrait dans l'avenir être intégré à tous les âges de la vie et ne plus faire "concentration" à part. L'enseignement de l'administration des soins devrait, pour sa part, demeurer, à court terme, une concentration du nursing; il est à prévoir cependant qu'il pourrait, moyennant certaines conditions, devenir ultérieurement une concentration offerte par les facultés d'administration.

CONCLUSION

Le présent rapport est en quelque sorte le fruit des travaux du comité d'étude sur la formation en sciences infirmières qui fut mis sur pied, par le ministère de l'Education du Québec, en décembre 1978. Il avait reçu, à ce moment-là, le mandat d'analyser le schéma de formation en sciences infirmières et de proposer certaines réformes, si le besoin se faisait sentir.

Compte tenu de la réalité sociale dans laquelle l'on vit actuellement et dans laquelle on prévoit vivre à court et à moyen termes et, compte tenu des rencontres et consultations que le comité a effectuées avec différents secteurs tout au long de son mandat, les membres du comité croient sincèrement que l'implantation de leurs recommandations devrait dans la prochaine décennie, assurer à la population québécoise une qualité de soins répondant mieux à ses besoins. Ils considèrent, par ailleurs, avoir bien répondu à leur mandat en essayant d'éliminer les duplications existant actuellement et en assurant une meilleure articulation entre les divers niveaux de formation en nursing.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Le comité recommande:

Recommandation no 1 : - QUE LE NIVEAU SECONDAIRE N'OFFRE PLUS DE FORMATION SPECIFIQUE EN NURSING. (p. 103)

- Compte tenu de la complexité de l'exercice de la profession d'infirmière;
- Compte tenu de la nécessité pour l'infirmière d'avoir un cadre conceptuel pour exercer sa profession;
- Compte tenu de l'évolution des connaissances en nursing visant l'amélioration de l'état de santé de la population québécoise;
- Compte tenu de l'importance de fournir à l'étudiante en nursing les connaissances scientifiques qui lui permettront de poursuivre sa formation de façon continue;
- Compte tenu des exigences d'un programme de base en nursing.

Le comité recommande:

Recommandation no 2 : - QU'UN CADRE CONCEPTUEL EN NURSING FASSE PARTIE DU PROGRAMME DE BASE; (p. 106)

Recommandation no 3 : - QU'UNE SOLIDE FORMATION EN SCIENCES FONDAMENTALES ET HUMAINES SOIT INHERENTE AU PROGRAMME DE BASE EN NURSING; (p. 106)

Recommandation no 4 : - QUE LES SCIENCES CONNEXES AU PROGRAMME SOIENT ADAPTEES AUX CONNAISSANCES SPECIFIQUES DU NURSING; (p. 106)

Recommandation no 5 : - QU'UNE PERIODE EQUIVALENTE A DEUX ANNEES SCOLAIRES SOIT CONSACREE A LA FORMATION SCIENTIFIQUE DE L'INFIRMIERE; (p. 106)

Recommandation no 6 : - QUE LE PROGRAMME COMPORTE, DE PLUS, UNE ANNEE ET DEMIE($1\frac{1}{2}$) DE CONNAISSANCES SPECIFIQUES AU NURSING ET UNE DEMI-ANNEE DE STAGES CONTINUS; (p. 106)

Recommandation no 7 : - QUE LE CHOIX DES STAGES S'EFFECTUE EN TENANT COMPTE DES PLUS GRANDS PROBLEMES DE SANTE DE LA POPULATION QUEBECOISE; (p. 106)

Recommandation no 8 : - QUE LE NOUVEAU PROGRAMME DE BASE EN NURSING VISE A FORMER LES INFIRMIERES SOIGNANTES QUI PRODIGUERONT DES SOINS A LA MAJORITE DE LA POPULATION, EN MILIEU EPISODIQUE. (p. 106)

Le comité recommande:

Recommandation no 9 : - QU'IL N'Y AIT QU'UN SEUL PROGRAMME DE FORMATION DE BASE EN NURSING; (p. 107)

Recommandation no 10: - QUE CE PROGRAMME S'INSPIRE DE LA PHILOSOPHIE D'EDUCATION PERMANENTE ET DE L'APPROCHE SUR MESURE TEL QUE PROPOSE DANS LE PRESENT RAPPORT. (p. 107)

- Compte tenu du fait que les collèges d'enseignement général et professionnel (cegeps) semblent plus accessibles que les établissements universitaires;

- Compte tenu du fait que le niveau collégial est en mesure de produire annuellement un nombre suffisant de diplômées en nursing;

- Compte tenu du fait que le perfectionnement nécessaire à l'actuel corps professoral serait moins important en contenu et en durée afin d'être qualifié pour l'enseignement collégial.

Le comité recommande:

Recommandation no 11: - QUE LE NIVEAU COLLEGIAL SOIT LE SEUL NIVEAU DE FORMATION A DISPENSER LA FORMATION DE BASE EN NURSING. (p. 110)

Le comité recommande:

Recommandation no 12: - QUE LES PROGRAMMES DE BACCALAUREAT VISENT, A L'INTERIEUR DE CONCENTRATIONS CLINIQUES, A PREPARER L'INFIRMIERE A ETRE CAPABLE DE PRODIGUER DES SOINS PLUS COMPLEXES; (p. 114)

Recommandation no 13: - QUE LES "CONCENTRATIONS CLINIQUES" TIENNENT COMPTE DE L'AGE DES INDIVIDUS POUR LESQUELS L'INFIRMIERE DESIRE PARFAIRE SA FORMATION. CES CONCENTRATIONS POURRAIENT ETRE LES SUIVANTES: (p. 115)

SOINS A LA MERE ET AU NOUVEAU-NE
SOINS A L'ENFANT
SOINS A L'ADOLESCENT
SOINS A L'ADULTE
SOINS A LA PERSONNE AGEE ET AU MOURANT

Recommandation no 14: - QUE LA SANTE MENTALE, QUI A CE MOMENT-CI DEMEURE PROBLEMATIQUE, CONTINUE D'ETRE CONSIDEREE COMME UNE CONCENTRATION ET/OU SPECIALISATION EN NURSING; (p. 115)

Recommandation no 15: - QUE LE DEUXIEME CYCLE UNIVERSITAIRE VISE A FORMER DES INFIRMIERES CLINICIENNES SPECIALISTES; (p. 115)

Recommandation no 16: - QU'UN PROGRAMME DE TROISIEME CYCLE EN NURSING SOIT IMPLANTE DANS LES PLUS BREFS DELAIS; (p. 115).

Recommandation no 17: - QUE LES PROGRAMMES DE FORMATION POST-BASE EN NURSING TIENNENT COMPTE, EUX AUSSI, DE LA PHILOSOPHIE D'EDUCATION PERMANENTE ET D'UNE APPROCHE DE FORMATION SUR MESURE. (p. 115)

Le comité recommande:

Recommandation no 18: - QUE LE MINISTERE DE L'EDUCATION DU QUEBEC SE PENCHE SUR LE PROBLEME DE LA PROLIFERATION DE PROGRAMMES DE FORMATION COMPLEMENTAIRE AFIN D'EN ARRIVER A UNE POLITIQUE D'ENSEMBLE POUR LE QUEBEC; (p. 117)

Recommandation no 19: - QUE TOUT COURS OU PROGRAMME DE FORMATION COMPLEMENTAIRE SOIT ORGANISE EN TENANT COMPTE DES NIVEAUX DE FORMATION OÙ L'ENSEIGNEMENT REGULIER EST DISPENSE. (p. 117)

Le comité recommande:

Recommandation no 20: - QUE LA PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL SE FASSE SELON UN CADRE CONCEPTUEL EN NURSING ET QUE LES OUTILS DE TRAVAIL NECESSAIRES SOIENT DEVELOPPES AFIN DE FACILITER CETTE APPROCHE; (p. 121)

Recommandation no 21: - QUE LES PROGRAMMES DE SOINS METTENT L'EMPHASE, PLUS PARTICULIEREMENT, SUR LA PREVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE EN MILIEU INSITUTIONNEL. (p. 12

Le comité recommande:

Recommandation no 22: - COMPTE TENU DES DIFFERENTS NIVEAUX DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIERE, QUE DES CHAMPS D'EXERCICE SOIENT DETERMINES PAR LA PROFESSION INFIRMIERE ET QUE DES MECANISMES DE REGULATION DE CET EXERCICE SOIENT MIS EN PLACE. (p. 124)

Le comité recommande:

Recommandation no 23: - QUE L'EQUIPE DE SOINS DE BASE SOIT CONSTITUE D'UNE INFIRMIERE SOIGNANTE QUI ASSURE LES SOINS AUX MALADES ET D'UNE PREPOSEE QUI AIDE AU NIVEAU DES TACHES D'ENTRETIEN, DE TRANSPORT ET DE CERTAINS SOINS DE CONFORT ET D'HYGIENE; (p. 126)

Recommandation no 24: - QUE LES AUXILIAIRES EN NURSING BENEFICIENT D'UN COURS DE RECYCLAGE POUR ACCEDER AU TITRE D'INFIRMIERE; (p. 126)

Recommandation no 25: - QUE LES INFIRMIERES BACHELIERES ET LES INFIRMIERES DU 2e CYCLE (CLINICIENNES SPECIALISTES) SOIENT INCLUES COMME PERSONNEL D'ENCADREMENT DANS L'ENSEMBLE DES INSTITUTIONS: (p. 127)

Recommandation no 26: - QUE LES INFIRMIERES ASSURANT L'ENCADREMENT ADMINISTRATIF DES SOINS INFIRMIERS DETIENNENT UN 1er CYCLE UNIVERSITAIRE ET QUE DANS LE CAS DU DIRECTEUR DES SOINS INFIRMIERS, UN 2e CYCLE SOIT EXIGE. (p. 127)

Le comité recommande:

Recommandation no 27: - QUE DES STRUCTURES D'ACCUEIL ET DES PROGRAMMES DE FORMATION EN COURS D'EMPLOI SOIENT DISPONIBLES DANS TOUS LES MILIEUX OÙ TRAVAILLE L'INFIRMIERE; (p. 128)

Recommandation no 28: - QU'UN PROGRAMME DE FORMATION FAVORISANT L'INTEGRATION D'UN CADRE CONCEPTUEL EN NURSING SOIT DISPONIBLE POUR LES PRATICIENNES EN NURSING. (p. 128)

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES ET ORGANISMES

AYANT ECHANGE AVEC LE

COMITE D'ETUDE SUR LA FORMATION EN

SCIENCES INFIRMIERES

Organismes ayant rencontré le Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières

ORGANISMES	REPRESENTANT(S)
Collège Alma	Micheline Lachman, Jocelyne Gagnon, Florence Gravel, Mme Godbout et Mme Gaudreault
Collège Bois-de-Boulogne	Thérèse Asselin
Collège Chicoutimi	Laurence Pedneault
Collège Joliette	Ginette Demers
Collège Jonquière	Nicole Tremblay, Michèle Harvey et Marcel Tremblay
Collège A.-Laurendeau	Albertine d'Amour Nadeau
Collège Lévis-Lauzon	Colombe Boisvert
Collège Limoilou	Micheline Demers
Collège Maisonneuve	Madeleine Houle
Collège Matane	Renée Lapointe
Collège E.-Montpetit	Denyse Amyot et Francine Champagne
Collège Rimouski	Denyse Deschênes, Lucille Gérard et Ghislaine Roussel
Collège Rivière-du-Loup	Noëlla Caron, Michèle Leroy et Gisèle Moreau
Collège St-Félicien	Diane B. Villeneuve, Carmen Dion et Guy St-Cyr
Collège Ste-Foy	Nicole Kandalast et Diane Belisle
Collège Valleyfield	Françoise Kremer et Marie Guay

Collège Vieux-Montréal	Louise Lauzon et Denise Marchand
Campus Sorel Tracy (Collège régional Bourgchemin)	Louise Khelfa et Monique Lescault
Collège régional de la Côte Nord (Hauterive)	Odette Lavallée
Séminaire St-George (Beauce)	Madeleine Demers
Coordonnatrice provinciale	Cécile Lambert
Education permanente Collège Maisonneuve	Cécile Michaud et Richard Guèvremont
Fédération des Cegeps	Jacques Vézina et Emile Demers
Université Concordia	Maurice Cohen
Université Laval	Thérèse Fortier, Louise Pelletier et Olive Goulet
Université McGill	Claire Thibault
Université de Montréal	Doris Custeau, Pierrette Lussier et Soeur Forest
Faculté d'éducation permanente (F.E.P.) Université de Montréal	Evelyne Boulanger et Gilles Labarre
Université de Sherbrooke	Denise Lalancette
Université du Québec à Chicoutimi	Denise Castonguay
Université du Québec à Rimouski	Denis Rajotte, Louise Guay et Mme Lacombe
Université du Québec à Trois-Rivières	Louise Migneron

Centre des études universitaires dans l'ouest québécois (CEUOQ)	Fernande Viens
Association canadienne des écoles universitaires de nursing (ACEUN)-section Québec	Madeleine Clément et Mimi Mancy
Association canadienne des écoles universitaires de nursing (ACEUN)-national	Dr. Kergin et Helen Eizer
Direction générale de l'enseignement collégial (M.E.Q.)	Denis Olivier
Direction générale du développement pédagogique (M.E.Q.)	Paule Poirier et Louise Beaudry
Conseil des universités	Maurice Boisvert et André Noël
Office des professions	André Desgagnés, Robert Cavanagh et R. Laliberté
Infirmières et Infirmiers Unies	Marie Mullaly, M. Perron et Mlle Smith
Comité provincial des malades	Claude Brunet et Guy Dupras
Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (O.I.I.Q.)	Jeannine Tellier Cormier, Nicole Dumouchel, Odile Larose, M. Th. Choquette et M. Chagnon
Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	Philippe André Pelletier

Corporation professionnelle des médecins	M. Augustin Roy, M. Brière, M. Lapierre, M. Cholette, M. St-George, M. Landry et M. Larammée
Comité des coordonnateurs de l'enseignement en médecine à l'Université de Montréal	Dr. Boies (prés.) et coordonnateurs...
A.C.A.Q.	Gérald Henri
A.H.P.Q.	Normand Choinière, Robert Lapointe, Ghyslaine Desrosiers, Guy-Anne Garceau, Sylvio Bouvier et Jean-Guy Nadeau
Fédération des C.L.S.C.	Michel Perreault

A titre individuel:

Jeanne Beaudry	Université de Montréal
Françoise Bergeron	Université de Montréal
Carmelle Dulong	Service des programmes D.G.E.C.

Mémoires écrits seulement

Collège F.-X.-Garneau

Collège de l'Outaouais (Hull)

Collège de la Pocatière

Collège St-Jean-sur-Richelieu

Collège de Sherbrooke

Collège Vanier

Campus Mingan (Côte Nord) (Sept-Iles)

Fédération des Syndicats professionnels des infirmières et infirmiers du Québec

Centre de santé Boisbouscade St-Clément

Centre de santé Ste-Famille (Ville Marie)

C.L.S.C. Côte des Neiges

C.L.S.C. de la petite nation (St-André Avellin)

C.L.S.C. des Chenaux

C.L.S.C. Fleur de Lys (Weedon)

C.L.S.C. Lotbinière ouest

C.L.S.C. métro (Montréal)

C.L.S.C. Pontiac

C.L.S.C. Roussin

C.L.S.C. St-Marc des Carrières

C.L.S.C. Ste-Rose de Laval

C.L.S.C. Windsor Richmond

Groupe d'intérêt pour le nursing de la clientèle dans son milieu naturel

Association québécoise pour la promotion de la santé

Ministère des Affaires sociales (M.A.S.)

Chateauguay Valley Regional High School

Commission scolaire du Long Sault

Commission scolaire régionale de l'Estrie (Sherbrooke)

Commission scolaire régionale des Monts

Ecole polyvalente de Carleton

Polyvalente C.E. Pouliot

Polyvalente L.J. Casault (Montmagny)

Polyvalente Ste-Ursule

Polyvalente Ulric Huot

Infirmières et/ou directrices de soins infirmiers travaillant:

Hôpital général de Montréal

Jewish General Hospital

Montreal Children's Hospital

Montreal Neurological Hospital

ANNEXE 2

NOMENCLATURE DES DIPLOMES DECERNES

A DES INFIRMIERES AUTORISEES

PAR L'INSTITUT MARGUERITE D'YOUVILLE

DE 1948 A 1967 INCLUSIVEMENT

UNIVERSITE DE MONTREAL
FACULTE DE NURSING

Sujet: Nombre d'élèves qui ont reçu un diplôme d'un programme pour infirmières autorisées à l'Université et selon la spécialisation

1ère partie: DIPLOME/CERTIFICAT

Ce que comprennent les items:

Service du nursing:	- surveillance, - direction du nursing, - surveillance clinique, - service du nursing, - adm. hospitalière.
Education en nursing:	- enseignement, - nursing, option enseignement, - enseignement aux infirmières
Enseignement et supervision:	- surveillance et enseignement, - surveillance clinique et enseignement.
Santé publique:	- Ces diplômes relèvent de l'école d'hygiène, U.M.
Nursing pédiatrique:	- N.S. pédiatrie, - surveillance pédiatrie - nursing, option pédiatrie.

Nursing obstétrical: - N.S. obstétrique,
- nursing, option obstétrique.

Nursing psychiatrique: - N.S. psychiatrie,
- nursing, option psychiatrie.

Ce que comprend l'item "Autres":

<u>De 1948 à 1952 inclusivement</u>:

Direction des écoles	3
N.S. salle d'opération	2
N.S. chirurgie	2
TOTAL:	7

<u>De 1953 à 1957 inclusivement</u>:

N.S. ophtalmologie	1
N.S. chirurgie & médecine	4
N.S. chirurgie	4
N.S. médecine	3
N.S. salle d'opération	9
TOTAL:	21

De 1958 à 1962 inclusivement:

N.S. salle d'opération	11
N.S. chirurgie	5
N.S. chirurgie cardiaque	1
N.S. médecine-chirurgie	6
N.S. cardiologie	1
Nursing - option administration:	26
TOTAL:	50

De 1963 à 1967 inclusivement:

Nursing, option administration	204
N.S. cardiologie	7
N.S. salle d'opération	22
Direction écoles & administration	1
N.S. médecine-chirurgie	29
Nursing, option administration & ens.	2
Nursing, option chirurgie cardio-vasc.	3
Nursing, option psychiatrie infantile	5
Certificats en nursing	211
TOTAL:	484

ANNEXE 3

CHARTE DES DROITS DU CONSOMMATEUR CONCERNANT LES SERVICES DE SANTE

CONSUMER RIGHTS IN HEALTH CARE

I- Right to be informed

1- about preventive health care including education on nutrition, birth control, drug use, appropriate exercise;

2- about the health care system including the extend of government insurance coverage for services, supplementary insurance plans, and referral system to auxiliary health and social facilities and services in the community;

3- about the individual's own diagnosis and specific treatment program including prescribed surgery and medication, options effects and side effects;

4- about the specific costs of procedures, services and professional fees undertaken on behalf of the individual consumer.

II- Right to be respected as the individual with the major responsibility for his own health care

- right that confidentiality of his health records be maintained;

- right to refuse experimentation, undue painful prolongation of his life or participation in teaching programs;

- right of adult to refuse treatment, right to die with dignity.

III- Right to participate in decision making affecting his health

- through consumer representation at each level of government in planning and evaluating the system of health services;
- the types and qualities of service and the conditions under which health services are delivered;
- with the health professionals and personnel involved in his direct health care

IV- Right to equal access to health care (health education, prevention, treatment and rehabilitation) regardless of the individual's economic status, sex, age, creed, ethnic origin and location

- right to access to adequately qualified health personnel;
- right to a second medical opinion
- right to prompt response in emergencies

SOURCE: Canadian Consumer 4, April 1974:1.

Extrait de: The report of the Alberta Task Force on Nursing Education, Alberta Advanced Education and Manpower, sept. 1975, p. 140 (Appendix A:3)

ANNEXE 4

TABLEAUX

DIVERS

TABLEAU 1

TABLE. Nurses Registered in Canada, by Activity Status, Marital Status and Province of Employment, 1976

TABLEAU. Infirmiers(ières) autorisés(ées) au Canada, selon la situation professionnelle, état matrimonial et le province d'emploi, 1976

Province of employment and marital status - Province d'emploi et état matrimonial	Total	Activity status - Situation professionnelle				
		Employed in nursing - Travaillant comme infirmiers(ières)			Employed in other than nursing - Travaillant dans un domaine autre que les sciences infirmières	Not employed - Ne travaillant pas
		Total	Full-time - A plein temps	Part-time - A temps partiel		
Total	184 572	141 059	97 506	43 553	3 312	40 201
Single - Célibataires	50 313	40 969	36 267	4 702	847	8 497
Married - Mariés(ées)	123 530	91 401	54 149	37 252	2 184	29 945
Other - Autres	10 729	8 689	7 090	1 599	281	1 759
Newfoundland - Terre Neuve	3 172	2 815	2 236	579	6	351
Single - Célibataires	1 056	829	788	41	2	225
Married - Mariés(ées)	2 025	1 900	1 370	530	4	121
Other - Autres	91	86	78	8	-	5
Prince Edward Island - Ile-du-Prince Edouard	937	813	521	292	11	113
Single - Célibataires	158	124	106	18	-	34
Married - Mariés(ées)	724	635	373	262	11	78
Other - Autres	55	54	42	12	-	1
Nova Scotia - Nouvelle-Ecosse	6 144	5 677	4 284	1 393	31	436
Single - Célibataires	1 673	1 569	1 458	111	14	90
Married - Mariés(ées)	4 075	3 734	2 511	1 223	14	327
Other - Autres	396	374	315	59	3	19
New-Brunswick - Nouveau-Brunswick	5 064	4 272	2 919	1 353	69	723
Single - Célibataires	1 038	953	889	64	18	67
Married - Mariés(ées)	3 757	3 078	1 833	1 245	44	635
Other - Autres	269	241	197	44	7	21
Québec	35 423	28 294	19 518	8 776	508	6 621
Single - Célibataires	15 653	12 746	10 667	2 079	239	2 668
Married - Mariés(ées)	18 666	14 592	8 089	6 503	245	3 829
Other - Autres	1 104	956	762	194	24	124

Source: Statistique Canada, Soins infirmiers au Canada - Statistiques des soins infirmiers 1977, Ottawa, section main d'oeuvre sanitaire, septembre 1978.

TABLEAU 2

Personnel infirmier auxiliaire employé dans les hôpitaux publics généraux et les hôpitaux spéciaux divers au Canada, par province ou territoire, selon la catégorie de personnel, 1975

Category of personnel - Catégorie de personnel	Canada	Public general and allied special hospitals - Hôpitaux publics généraux et hôpitaux spéciaux divers				
		Nfld. - T.-N.	P.E.I. - I.-P.-E.	N.S. - N.-E.	N.B.	Québec
Total	80 092	1 821	364	1 857	2 269	28 246
Qualified nursing assistants - Auxiliaires qualifiés(ées)	35 259	1 161	166	995	1 093	10 259
Orderlies - Infirmiers(ières)	11 617	43	39	103	308	5 810
Other nursing department personnel - Autres personnel infirmier	33 216	617	159	759	868	12 177

Source: Statistique Canada, Soins infirmiers au Canada - Statistiques des soins infirmiers 1977, Ottawa, section main d'oeuvre sanitaire, septembre 1978.

STATISTIQUES SUR LE MILIEU DE TRAVAIL DES MEMBRES

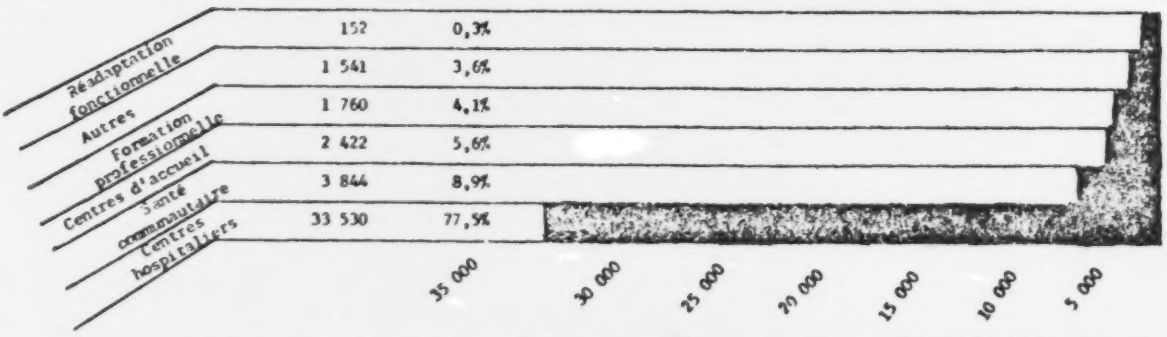
Repartition des membres selon les types d'établissement

NOMBRE ET % DES MEMBRES PAR TYPES D'ETABLISSEMENT

Etablissements	Nombre	%
Centres hospitaliers	33 530	77,5
Centres d'accueil	2 422	5,6
Centres de santé communautaire	3 844	8,9
Centres de réadaptation fonctionnelle	152	0,3
Formation professionnelle	1 760	4,1
Autres	1 541	3,6
TOTAL	43 249	100,0

Le graphique illustre la répartition ci-dessus:

REPARTITION DES MEMBRES PAR TYPES D'ETABLISSEMENT



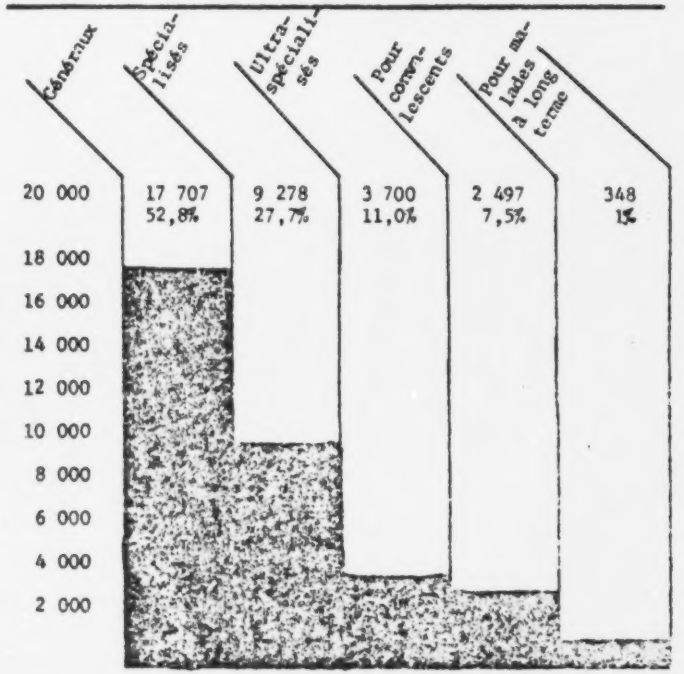
Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 41

TABLEAU 4

REPARTITION DES INFIRMIERES ET DES INFIRMIERS SELON LES DIFFENTES CATEGORIES DE CENTRES HOSPITALIERS:

Etablissements de santé	Nombre d'infirmier(e)s	% du total
soins généraux	17 707	52,8
soins spécialisés	9 278	27,7
soins ultra-spécialisés	2 497	7,5
soins pour convalescents	348	1,0
soins pour malades à long terme	3 700	11,0
TOTAL	33 530	100,0

REPARTITION DES MEMBRES PAR CENTRES DE SOINS

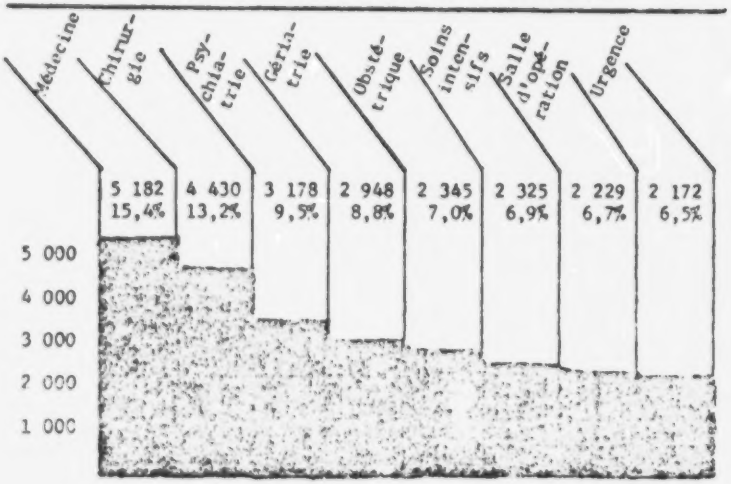


Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 49

TABLEAU 5

REPARTITION DES MEMBRES OEUVRANT DANS LES CENTRES HOSPITALIERS SUIVANT LE CENTRE D'ACTIVITE

CENTRES D'ACTIVITE PAR ORDRE D'IMPORTANCE



NOMBRE D'INFIRMIER(E)S DANS LES CENTRES HOSPITALIERS SUIVANT LE CENTRE D'ACTIVITE

Centres d'activité	Nombre d'infirmier(e)s	% du total
Médecine	5 182	15,4
Chirurgie	4 430	13,2
Soins intensifs	2 325	6,9
Hémodialyse	270	0,8
Obstétrique	2 345	7,0
Pouponnière	760	2,3
Pédiatrie	1 496	4,5
Psychiatrie	3 178	9,5
Gériatrie	2 948	8,8
Cliniques externes	882	2,6
Urgence	2 172	6,5
Salle d'opération	2 229	6,7
Isolement	72	0,2
Bureau de santé	142	0,4
Evaluation des soins	324	1,0
Autres	4 775	14,2
TOTAL	33 530	100,0

/171

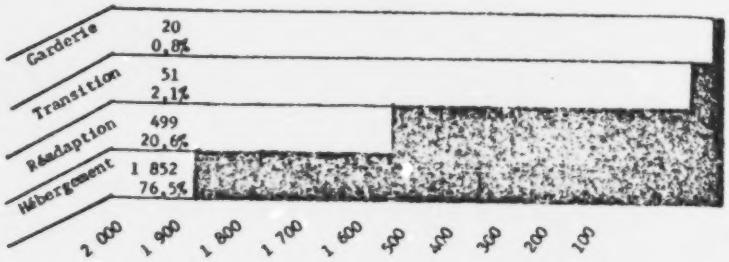
Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 52.

TABLEAU 6

RÉPARTITION DES MEMBRES SELON LA CATÉGORIE DE CENTRES D'ACCUEIL:

Centres d'accueil	Nombre d'infirmier(e)s	% du total
d'hébergement	1 852	76,5
de réadaptation	499	20,6
de transition	51	2,1
garderie	20	0,8
TOTAL	2 422	100,0

MEMBRES PAR TYPES DE CENTRES D'ACCUEIL



POSTES OCCUPÉS SELON LA CATÉGORIE DE CENTRES D'ACCUEIL

POSTES SELON LE TYPE DE CENTRE D'ACCUEIL

Postes occupés	Centres d'accueil pour									
	Hébergement		Réadaptation		Transition		Garderie		TOTAL	
	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%
Directeur / responsable	203	11,0	16	3,3	3	5,0	5	25,0	227	9,4
Coordonnateur	129	7,0	27	5,3	4	7,5	1	6,2	161	6,6
Infirmier(e)-chef	335	18,1	90	18,0	8	15,0	5	25,0	438	18,1
Assistante inf. chef	454	24,5	63	12,6	10	20,0	-	-	527	21,3
Chef d'équipe	168	9,1	52	10,4	6	12,5	1	6,2	227	9,4
Service général	439	23,7	206	41,3	14	27,5	4	18,8	663	27,4
Autres	124	6,7	45	9,1	6	12,5	4	18,8	179	7,4
TOTAL	1 852	100,0	499	100,0	51	100,0	20	100,0	2 422	100,0

Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 54.

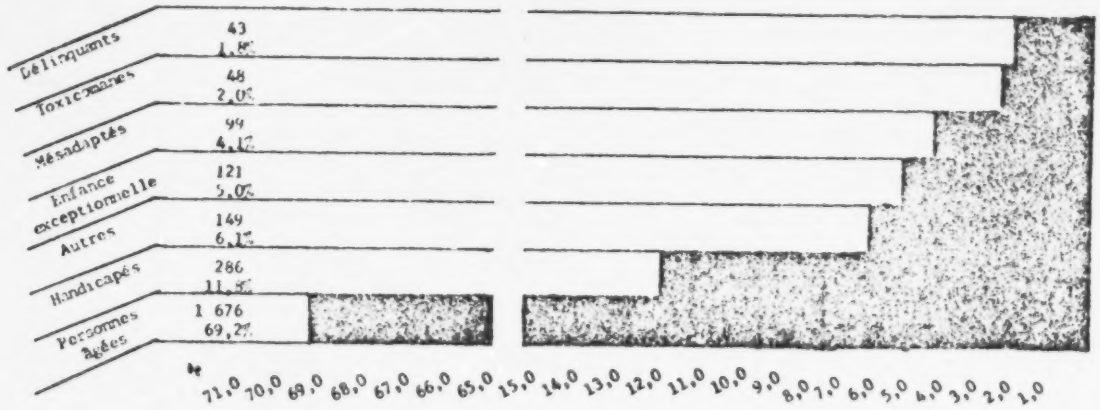
TABLEAU 7

CENTRES D'ACTIVITE DES CENTRES D'ACCUEIL:
REPARTITION DES MEMBRES

REPARTITION DES INFIRMIERES ET DES INFIRMIERS DES CENTRES D'ACCUEIL PAR CENTRES D'ACTIVITE

Centres d'activité	Fréquence	%
Handicapés	286	11,8
Toxicomanes	48	2,0
Personnes âgées	1 676	69,2
Enfance exceptionnelle	121	5,0
Delinquants	43	1,8
Mésadaptés	99	4,1
Autres	149	6,1
TOTAL	2 422	100,0

MEMBRES PAR CENTRES D'ACTIVITE (EN %)

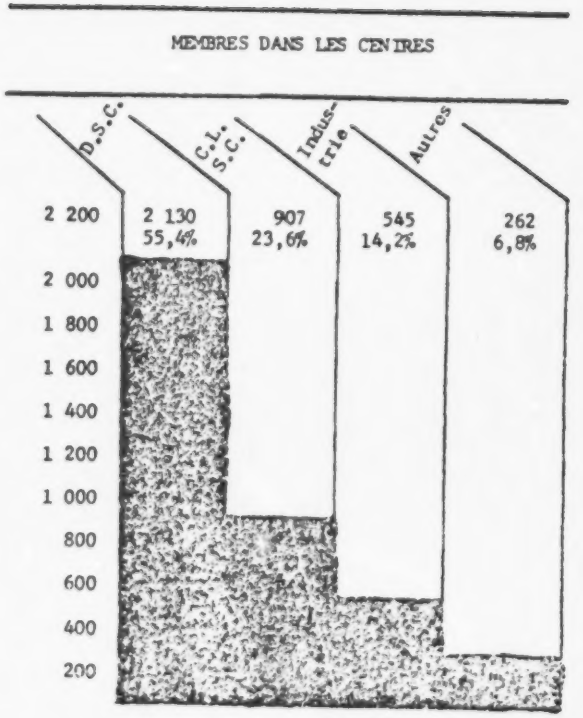


Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 55.

TABLEAU 8

NOMBRE DE MEMBRES SELON LE TYPE DE CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE

Centres de santé communautaire	Nombre d'infirmier(e)s	%
D.S.C.	2 130	55,4
C.L.S.C.	907	23,6
Industrie	545	14,2
Autres	262	6,8
TOTAL	3 844	100,0



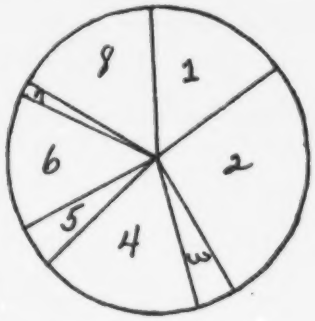
Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 56.

TABLEAU 9

REPARTITION DES MEMBRES PAR CENTRES D'ACTIVITE

Centres d'activité	Fréquence	%
Périnatalité	565	14,7
Santé scolaire	1 080	28,1
Soins familiaux	114	3,0
Soins à domicile	693	18,0
Personnes âgées	164	4,3
Hygiène du travail	532	13,8
Santé mentale	22	0,6
Autres secteurs	674	17,5
TOTAL	3 844	100,0

REPARTITION DES MEMBRES SELON LEUR CHAMP D'ACTIVITE



1 Périnatalité
2 Santé scolaire
3 Soins familiaux
4 Soins à domicile
5 Personnes âgées
6 Hygiène du travail
7 Santé mentale
8 Autres champs

FORMATION EN NURSING DES INFIRMIERES ET DES INFIRMIERS QUI OEUVRENT DANS CHACUN DES CENTRES D'ACTIVITE EN SANTE COMMUNAUTAIRE

FORMATION EN NURSING DES MEMBRES SELON LE CENTRE D'ACTIVITE

Centres d'activité	FORMATION EN NURSING													
	DEC, CEC		Crédits universitaires		Attestations certificats		Bacc.		Maîtrise		Doctorat		Total	
	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%
Périnatalité	202	14,8	104	16,8	196	13,7	61	15,1	2	8,3	-	-	565	14,7
Santé scolaire	301	22,1	175	28,2	457	31,8	141	35,0	6	25,0	-	-	1 080	28,1
Soins familiaux	37	2,7	22	3,6	40	2,8	12	3,0	3	12,5	-	-	114	3,0
Soins à domicile	293	21,6	87	14,0	247	17,2	66	16,4	-	-	-	-	693	18,0
Adultes et personnes âgées	50	3,7	25	4,0	61	4,2	23	5,7	5	20,9	-	-	164	4,3
Hygiène du travail	216	15,9	98	15,8	188	13,1	30	7,4	-	-	-	-	532	13,8
Santé mentale	6	0,4	2	0,3	9	0,6	5	1,3	-	-	-	-	22	0,6
Autres	256	18,8	107	17,3	238	16,6	65	16,1	8	33,3	-	-	674	17,5
TOTAL	1 361	100,0	620	100,0	1 436	100,0	403	100,0	24	100,0	-	-	3 844	100,0

Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 58.

TABLEAU 10

NOMBRE ET % DES MEMBRES DANS LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS SELON LA FORMATION EN NURSING

Etablissements	Centres hospitaliers		Centres d'accueil		Santé communautaire		Formation professionnelle		Autres		Total	
FORMATION DE BASE ET FORMATION CONTINUE	nbre	%	nbre	%	nbre	%	nbre	%	nbre	%	nbre	%
FORMATION DE BASE: dipl. d'inf., CEC, DEC.	31 711	94,6	2 345	96,8	3 727	97,0	1 201	68,3	1 578	93,2	40 562	93,8
- sans autre formation en nursing	15 576	46,4	1 020	42,1	777	20,2	158	9,0	699	41,3	18 230	42,2
- avec crédits universitaires en nursing	3 271	9,8	330	13,6	619	16,1	230	13,1	159	9,4	4 609	10,7
- avec attestation ou certificat en nursing	8 457	25,2	592	24,4	1 432	37,2	357	20,3	498	29,4	11 336	26,2
- avec baccalauréat en nursing	766	2,3	46	1,9	300	7,8	243	13,8	44	2,6	1 399	3,2
- avec maîtrise en nursing	53	0,2	7	0,3	21	0,6	71	4,0	18	1,1	170	0,4
- avec doctorat en nursing	6	0,0	-	-	2	0,1	3	0,2	-	-	11	0,0
- avec d'autres cours en nursing	3 582	10,7	350	14,5	576	15,0	139	7,9	160	9,4	4 807	11,1
FORMATION DE BASE: baccalauréat en nursing	1 760	5,2	73	3,0	117	3,0	473	26,9	97	5,8	2 520	5,8
- sans autre formation en nursing	1 487	4,4	61	2,5	45	1,2	327	18,6	69	4,1	1 989	4,6
- avec crédits universitaires en nursing	46	0,1	-	-	12	0,3	21	1,2	6	0,4	85	0,2
- avec attestation ou certificat en nursing	71	0,2	5	0,2	19	0,5	17	1,0	8	0,5	120	0,3
- avec maîtrise en nursing	34	0,1	2	0,1	13	0,3	39	2,2	-	-	88	0,2
- avec doctorat en nursing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- avec d'autres cours en nursing	122	0,4	5	0,2	28	0,7	69	3,9	14	0,8	238	0,5
FORMATION DE BASE: maîtrise	59	0,2	4	0,2	-	-	86	4,8	18	1,0	167	0,4
- sans autre formation en nursing	53	0,2	4	0,2	-	-	73	4,1	14	0,8	144	0,3
- avec crédits universitaires en nursing	2	0,0	-	-	-	-	2	0,1	-	-	4	0,0
- avec doctorat en nursing	2	0,0	-	-	-	-	-	-	2	0,1	4	0,0
- avec d'autres cours en nursing	-	-	-	-	-	-	7	0,4	2	0,1	9	0,1
- avec attestations	2	0,0	-	-	-	-	4	0,2	-	-	6	0,0
TOTAL GENERAL	33 530	100,0	2 422	100,0	3 844	100,0	1 760	100,0	1 693	100,0	43 249	100,0

Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 42.

TABLEAU 11

FORMATION EN NURSING SELON LE CENTRE DE SOINS

Formation en nursing	Centres hospitaliers de soins											
	Généraux		Spécialisés		Ultra-spécialisés		Pour convalescents		Pour malades à long terme		Total	
	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%
I DEC, CEC, DIPLOME D'INF. DE BASE												
1- sans autre formation	9 058	52,1	4 047	42,2	994	36,3	112	31,3	1 514	43,8	15 725	46,9
2- avec crédits universitaires	1 578	9,1	1 004	10,5	275	10,1	32	8,9	361	10,4	3 250	9,7
3- avec attestation ou certificat	4 210	24,2	2 527	26,3	689	25,2	120	33,5	895	25,9	8 441	25,2
4- avec autres cours en nursing	1 457	8,4	1 174	12,2	369	13,5	56	15,6	476	13,8	3 532	10,5
5- avec baccalauréat	291	1,7	233	2,4	135	4,9	14	3,9	68	2,0	741	2,2
6- avec maîtrise	22	0,1	14	0,2	18	0,7	-	-	2	0,1	56	0,2
7- avec doctorat	4	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,0
II BACCALAURÉAT DE BASE												
1- sans autre formation	665	3,8	473	4,9	205	7,5	16	4,5	108	3,1	1 467	4,4
2- avec crédits universitaires	22	0,1	18	0,2	4	0,1	4	1,1	-	-	48	0,1
3- avec attestation ou certificat	22	0,1	24	0,2	18	0,7	-	-	4	0,1	68	0,2
4- avec autres cours en nursing	34	0,2	52	0,5	16	0,6	2	0,6	20	0,6	124	0,4
5- avec maîtrise	8	0,1	14	0,2	8	0,3	-	-	-	-	30	0,1
6- avec doctorat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III MAITRISE												
1- sans autre formation	16	0,1	16	0,2	4	0,1	2	0,6	6	0,2	44	0,1
2- avec crédits universitaires	2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,0
3- avec attestation ou certificat	2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,0
4- avec autres cours en nursing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5- avec doctorat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL: DEC, CEC (I (1) + I (4))	10 513	60,5	5 220	54,4	1 363	49,8	168	46,7	1 990	57,6	19 254	57,4
: crédits universitaires (I (2))	1 577	9,1	1 004	10,5	275	10,1	32	8,9	361	10,4	3 249	9,7
: attestation ou certificat (I (3))	4 209	24,2	2 526	26,3	689	25,2	120	33,3	895	25,9	8 439	25,2
: bacc. (I (5) + II (1) + II (2) + II (3) + II (4))	1 034	5,9	800	8,3	378	13,8	38	10,5	200	5,9	2 450	7,3
: maîtrise (II (5) + III (1) + III (2) + III (3) + III (4))	50	0,3	44	0,5	30	1,1	2	0,6	8	0,2	134	0,4
: doctorat (II (6) + III (5))	4	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,0
TOTAL GENERAL	17 387	100,0	9 594	100,0	2 735	100,0	360	100,0	3 454	100,0	33 530	100,0

Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 50

TABLEAU 12

FORMATION EN NURSING - REPARTITION DES MEMBRES OEUVRANT DANS LES CENTRES HOSPITALIERS PAR CENTRES D'ACTIVITE SELON LA FORMATION EN NURSING

Formation en nursing	Centres d'activité																
	Total	Médecine	Chirurgie	Soins intensifs	Hémodialyse	Obstétrique	Pouponnière	Pédiatrie	Psychiatrie	Gériatrie	Clinique ext.	Urgence	Salle d'opération	Isolement	Bureau de santé	Evaluation des soins	Autr
I NOMBRES																	
DEC, BEC, Diplôme d'inf.	19 257	2 958	2 576	1 428	152	1 456	413	649	1 701	1 549	497	1 343	1 301	30	72	180	
crédits universitaires	3 252	494	371	247	30	225	70	128	307	305	92	237	269	6	22	78	37
attestation ou certificat	8 441	1 289	1 154	534	86	584	205	367	938	725	227	456	528	14	45	78	1 17
Baccalauréat	2 452	309	379	238	28	115	32	144	260	160	50	94	94	8	8	48	2
Maîtrise	134	16	12	4	-	2	2	2	30	4	2	-	2	-	-	16	1
Doctorat	4	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-
TOTAL	33 540	5 066	4 492	2 451	296	2 385	722	1 492	3 236	2 743	869	2 170	2 184	58	147	350	4 54
II % EN FONCTION DU "DIPLOME"																	
DEC, BEC, Diplôme d'inf.	100,0	15,3	13,4	7,4	0,8	7,6	2,1	4,4	8,8	8,0	2,6	7,0	6,8	0,2	0,4	0,8	24,4
crédits universitaires	100,0	15,2	11,4	7,6	0,9	6,9	2,2	3,9	9,4	9,4	2,8	7,3	8,3	0,2	0,7	2,4	11,4
attestation ou certificat	100,0	15,3	13,7	6,3	1,0	6,9	2,4	4,3	11,1	8,6	2,7	5,8	6,3	0,2	0,5	0,9	14,0
Baccalauréat	100,0	12,6	15,5	9,7	1,1	4,8	1,3	5,9	10,6	6,5	2,0	3,8	3,4	0,3	0,3	2,0	22,1
Maîtrise	100,0	11,9	8,9	3,0	-	1,5	1,5	1,5	22,4	3,0	1,5	4,5	1,5	-	-	11,9	26,9
Doctorat	100,0	-	-	-	-	-	-	50,0	-	-	-	50,0	-	-	-	-	-
TOTAL	100,0	15,1	13,4	7,3	0,9	7,1	2,2	4,4	9,6	8,2	2,6	6,5	6,5	0,2	0,4	1,1	16,5
III % EN FONCTION DU CENTRE D'ACTIVITE																	
DEC, BEC, Diplôme d'inf.	57,4	58,4	57,3	58,2	51,4	61,0	57,2	56,9	52,6	56,5	57,3	61,9	59,6	51,7	48,9	42,1	7,2
crédits universitaires	9,7	9,8	8,3	10,1	10,1	9,4	9,7	8,6	9,5	11,1	10,6	10,9	12,3	10,3	14,9	20,5	,8
attestation ou certificat	25,2	25,4	25,7	21,8	29,0	24,5	28,4	24,6	29,0	26,6	26,1	22,4	24,2	24,1	31,1	20,9	24,3
Baccalauréat	7,3	6,1	8,4	9,7	9,5	5,0	4,4	9,7	8,0	5,8	5,8	4,3	3,5	13,9	5,4	13,6	10,2
Maîtrise	0,4	0,3	0,3	0,1	-	0,1	0,3	0,1	0,9	0,2	0,2	0,3	0,1	-	-	4,2	0,7
Doctorat	0,0	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 53.

TABLEAU 13

POSTES OCCUPES ET FORMATION EN NURSING DES MEMBRES

Formation en nursing (de base et continue)	Postes occupés																					
	Directeur responsable		Directeur - adjoint		Clinicien(ne)		Coordonnateur		Infirmier(e) Chef		Assistant(e) infirmière chef		Chef d'équipe		Service général		Enseignants		Autres postes		Total	
	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%	fréq.	%
TOTAL PAR DIPLOME ACADEMIQUE																						
- DEC, CEC, dipl. d'inf.	337	35,2	33	22,8	1 577	62,9	779	44,8	1 352	41,4	3 206	60,7	2 994	61,3	10 226	55,8	267	16,5	1 421	50,2	22 192	53,4
- crédits universitaires	156	16,3	13	8,9	209	8,3	253	14,6	500	15,3	564	10,7	459	9,4	1 764	9,6	209	12,9	314	11,1	4 441	10,7
- attestations, certificats	277	29,0	33	22,8	629	25,1	425	24,5	1 035	31,7	1 249	23,7	1 209	24,8	4 935	26,9	322	19,8	745	26,3	10 859	26,1
- Baccalauréat	139	14,5	57	39,3	84	3,4	262	15,1	355	10,9	250	4,7	221	4,5	1 350	7,4	648	39,9	307	10,8	3 673	8,8
- Maîtrise	46	4,8	9	6,2	7	0,3	16	0,9	20	0,6	10	0,2	2	0,0	48	0,3	174	10,7	45	1,5	377	0,9
- Doctorat	2	0,2	-	-	-	-	2	0,1	2	0,1	-	-	-	-	4	0,0	4	0,2	-	-	14	0,0
- TOTAL GENERAL	957	100,0	145	100,0	2 506	100,0	1 737	100,0	3 265	100,0	5 279	100,0	4 885	100,0	18 327	100,0	1 623	100,0	2 832	100,0	41 556	100,0

Source: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Rapport annuel 1978-1979, Montréal, août 1979, p. 46.

* ne comprend pas les infirmières et infirmiers qui travaillent dans les centres de réadaptation fonctionnelle, et les infirmières et les infirmiers qui travaillent dans les bureaux de médecins,...

ANNEXE 5

BIBLIOGRAPHIE DE RECHERCHES EN NURSING

1. Anderson, Ronald. "Retirement ages." Toronto, Globe and Mail, Nov. 28, 1979.

2. Bell, W. "Community care for the elderly: an alternative to institutionalization." Gerontologist, Vol. 13, Autumn 1973, pp. 349-354.

3. Bennett, J. and Krasny, J. "The nation's health." Financial Post, March 26, Apr. 2, Apr. 9, Apr. 23, Apr. 30, May 7, 1977.

4. Brickner, P. et al. "Home maintenance for the home-bound elderly. A pilot program in New York City." Gerontologist, Vol. 16, No. 1, Feb. 1976, pp. 25-29.

5. Brown, Malcolm C. "Medicine at the crossroads." Canadian Consumer, Vol. 9, No. 4, Aug. 1979, pp. 17-20.

6. Caldwell, D.Y. "Statement by the President of the Ontario Medical Association, Sept. 1979." Reprinted in Canadian Medical Association Journal, Vol. 121, No. 10, Nov. 17, 1979, pp. 1341-1342.

7. Chambers, Larry W. "Financial Impact of Family Practice Nurses on Medical Practice in Canada." Inquiry, Vol. 16, No. 4 (Winter 1979), pp. 339-349.

8. Chambers, Larry W. et al. "A controlled trial of the impact of the family practice nurse on volume, quality and cost of rural health services. Medical Care, Vol. 15, No. 12, Dec. 1977. pp. 971-981.

9. Clark, Isobel. "Time to be home with the family." Nursing Mirror, Vol. 148, No. 9, March 1, 1979, pp. 36-37.

10. Cochrane, A.L. "World health problems." Canadian Journal of Public Health, Vol. 66, No. 4, July/Aug. 1975, pp. 280-287.

11. Colt, Avery M. et al. "Home health care is good economics." Nursing Outlook, Vol. 25, No. 10, Oct. 1977, pp. 632-639.

12. Constantiou, S. and Hatcher, G. "The relationship between the supply of physicians and surgical costs." Dimensions of Health Services, Vol. 56, No. 1, Jan. 1979, pp. 30-33.

13. Edward, Patricia I. "How I became a nurse practitioner." Hospital Administration in Canada, Vol. 14, No. 10, Oct. 1972, pp. 39-44.

14. Enterline, Phillip E. et al. "The distribution of medical services before and after medicare - the Quebec experience." New England Journal of Medicine, Vol. 289, Nov. 29, 1973, pp. 1174-1178.

15. Fielding, Jonathon E. "Successes of prevention." Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 56, No. 3, Summer 1978, pp. 274-302.

16. Ford, P.A. et al. "The relative roles of the public health nurse and the physician in prenatal and infant supervision." American Journal of Public Health, Vol. 56, No. 7, July 1966, pp. 1097-1103.

17. Fortin, Fabienne and Kirouac, Suzanne. "A randomized controlled trial of pre-operative patient education." International Journal of Nursing Studies, Vol. 13, No. 1, 1976, pp. 11-24.

18. Fry, John. "An overview of primary health care." International Journal of Health Services, Vol. 6, No. 2, 1976, pp. 309-314.

19. Ginzberg, E. "Health reform: the outlook for the 1980's." Inquiry, Vol. 15, No. 4, Dec. 1978, pp. 311-326.

20. Graham-Cumming, G. "Prenatal care and infant mortality among Canadian Indians." Canadian Nurse, Vol. 63, No. 9, Sept. 1967, pp. 29-31.

21. Graydon, Jane and Hendry, Judith. "Outpost nursing in Northern Newfoundland." Canadian Nurse, Vol. 73, No. 8, Aug. 1977, pp. 34-37.

22. Hammond, John. "Home health care cost effectiveness: an overview of the literature." Public Health Reports, Vol. 94, No. 4, July/Aug. 1979, pp. 305-311.

23. Hatcher, Gordon. "Canadian approaches to health policy decisions national health insurance." American Journal of Public Health, Vol. 68, No. 9, Sept. 1978, pp. 881-889.

24. Hutchinson, D.A. and Mundy, D. "Public health nurses work with family psysicians." Canadian Nurse, Vol. 66, No. 1, Jan. 1970, pp. 28-31.

25. Keitner, Wendy. "A family attended birth." Chatelaine, Vol. 82, No. 7, July 1979, pp. 31, 68-74.

26. Kuennsberg, E.V. "The nurse - a luxury or a necessity in general practice?" Journal of Royal College of General Practitioners, Vol. 19, supp. 3, June 1970, pp. 34-39.

27. Latchmann, Bharrat S. "Appropriate utilization of hospital resources - a major factor in controlling costs." Hospital Administration in Canada, Vol. 18, No. 12, Dec. 1976, p. 31.

28. Law, Carl. "Crombie waits for Hall: provinces may lose control of medicare." Medical Post, Vol. 15, No. 24, Nov. 20, 1979, p. 59.

29. Lawrence, David. "Physician assistants and nurse practitioners: their impact on health care access, costs and quality." Health and Medical Care Services Review, Vol. 1, No. 2, March/Apr. 1978, pp. 1-12.

30. Levine, David M. et al. "The role of new health practitioners in a prepaid group practice: provider differences in process and outcomes of medical care." Medical Care, Vol. 14, No. 4, Apr. 1976, pp. 326-347.

31. Lewis, D. and Mackey, M. "Home care program cuts dollars and days." Canadian Hospital, Vol. 50, No. 5, May 1973, pp. 37-40.

32. Lubic, Ruth W. "Comprehensive maternity care as an ambulatory service - maternity center associations birth alternative. Journal of New York State Nurses Association, Vol. 8, No. 4, Dec. 1977, pp. 19-24.

33. Maccoby, Nathan. "Reducing the risk of cardiovascular disease: effects of a community-based campaign on knowledge and behavior." Journal of Community Health, Vol. 3, No. 2, Winter 1977. pp. 100-114.

34. McNeil, J. and Pesznecker, B. "Keeping people well despite life change crisis." Public Health Reports, Vol. 92, No. 4, Aug. 1977, pp. 343-348.

35. Mahler, H. "Health - a demystification of medical technology." The Lancet, Nov. 1, 1975, pp. 829-833.

36. Manitoba hospital develops pilot home care program (St. Boniface General Hospital, Winnipeg). Hospital Administration in Canada, Vol. 19, No. 1, Jan. 1977, pp. 8-9.

37. Mechanic, David. "Approaches to controlling the cost of medical care." New England Journal of Medecine, Vol. 298, No. 5, Feb. 2, 1978, pp. 249-254.

38. Morris, Eileen. "The crisis in medicare." Homemaker's Magazine, Vol. 14, No. 7, Sept. 1979, pp. 18-33, passim.

39. Murphy, Neill and Landsberger, Betty. "A data-based approach to reducing infant mortality in three rural counties of a Southern HSA." Advances in Nursing Science, Vol. 2, No. 2, Jan. 1980, pp. 97-109.

40. Norris, Catherine W. "Self care." American Journal of Nursing, Vol. 79, No. 3, March 1979, pp. 486-489.

41. Ott, J. et al. "Patient management by telephone by child health associates and pediatric house officers." Journal of Medical Education, Vol. 49, 1974, pp. 596-600.

42. Perrin, Nancy. "Project demonstrates benefit of joint practice." American Nurse, Vol. 11, No. 10, Nov. 1979, p. 3.

43. Pratt, Lois. "The significance of the family in medication." Journal of Comparative Family Studies, Vol. 4, No. 1, Spring 1973, pp. 13-35.

44. Rahe, R.H. and Arthur, R.J. "Life-change patterns surrounding illness experience." Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, March 1968, pp. 341-345.

45. Rahe, R.H. and Arthur, R.J. "A longitudinal study of life change and illness patterns." Journal of Psychosomatic Medicine, Vol. 10, 1966, p. 355.

46. Relman, Arnold S. "Technology costs and evaluation." (editorial) New England Journal of Medicine, Vol. 301, No. 26, Dec. 27, 1979, pp. 1444-1445.

47. Roline, Guiseppina. "Filling the gap when a family member is dying." Canadian Nurse, Vol. 74, No. 10, Nov. 1978, p. 27.

48. Roos, N.P. "Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province." Inquiry, Vol. 16, No. 1, Spring, 1979, pp. 73-83.

49. Rose, Lewis. "The 'shopping list' of doctors' services: who gets paid for what." Canadian Family Physician, Vol. 25, Nov. 1979, pp. 198-199.

50. Roseman, Ellen. "The consumer game." Toronto, Globe and Mail, Jan. 2, 1980.

51. Samle, S.L. "Activities of nurses and physicians in ambulatory care." Nursing Clinics of North America, Vol. 6, No. 3, Sept. 1971, pp. 489-498.

52. Somers, A.R. "The high cost of health care for the elderly: diagnosis, prognosis and some suggestions for therapy." Journal of Health Politics, Policy and Law, No. 3, Summer 1978, pp. 163-180.

53. Spitzer, Walter O. and Kergin, Dorothy J. "Nurse practitioners in primary care. I. The McMaster University educational program." Canadian Medical Association Journal, Vol. 108, Apr. 21, 1973, pp. 991-995.

54. Spitzer Walter O. et al. The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. New England Journal of Medicine, Vol. 290, Jan. 31, 1974, pp. 251-256.

55. Spitzer, Walter O. et al. Nurse practitioners in primary care. II. Prior attitudes of a rual population. Canadian Medical Association Journal, Vol. 108, Apr. 21, 1973, pp. 998-1003.

56. Taylor, Malcolm G. "The Canadian health insurance program." Public Administration Review, Vol. 33, Jan./Feb. 1973, pp. 31-39.

57. Taylor, Malcolm G. "Quebec medicare: policy formulation in conflict and crisis." Canadian Public Administration, Vol. 15, Spring 1972, pp. 211-250.

58. Thibaudeau, Marie-France and Reidy, Mary M. "Nursing makes a difference: a comparative study of the health behavior of mothers in three primary care agencies." International Journal of Nursing Studies, Vol. 14, No. 2, 1977, pp. 97-107.

59. Thomas, I. et al. "A project called well being. American Journal of Nursing, Vol. 69, No. 6, June 1961, pp. 1260-1263.

60. Thompson, W. "Modern trends in general practice: a quiet revolution." Nursing Times, occasional paper, Vol. 65, No. 45, Nov. 6, 1969, pp. 185-187.

61. Van Loon, R.J. "From shared cost to block funding and beyond." Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 2, Winter 1978, pp. 454-478.

62. Vayda, E. et al. "Surgical rates in the Canadian provinces, 1968 to 1972." Canadian Journal of Surgery, Vol. 19, No. 3, May 1976, pp. 235-242.

63. Weissert, W.E. "Rationales for public insurance coverage for geriatric day care: issues, options and impacts." Journal of Health Politics, Policy and Law, No. 3, Winter 1979, pp. 555-567.

64. Wikler, D.I. "Coercive measures in health promotion: can they be justified?" Health Education Monographs, Vol. 6, No. 2, Summer 1978, pp. 223-241.

65. Wolfe, Samuel and Robin F. Badgley. "How much is enough? The payment of doctors - implications for health policy in Canada." International Journal of Health Services, Vol. 4, No. 2, 1974, pp. 245-264.

66. Yankauer, Alfred. "Performance and delegation of patient services by physicians in obstetrics-gynecology." American Journal of Public Health, Vol. 61, No. 8, Aug. 1971, pp. 1545-1555.

67. Zimmerman, J.M. "Universal accessibility of medicare." (Letter to the editor). Canadian Medical Association Journal, Vol. 121, No. 10, Nov. 17, 1979, p. 1341.

Extrait de: Putting "Health" into Health Care Submission to Health Services review '79, Canadian Nurses Association, Ottawa, February 1980.

ANNEXE 6

OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE

FORMATION EN NURSING

. Programme d'infirmière auxiliaire(1)

OBJECTIFS: Rendre l'élève capable de différencier les concepts de santé et de maladie; d'acquérir connaissances et dextérité lui permettant de comprendre et d'appliquer les techniques enseignées; de développer un comportement intérieur qui, à partir de connaissances acquises, lui conférera une manière d'être et d'agir le caractérisant dans ses approches du malade; de participer à la vie d'équipe comme le veut l'organisation moderne des soins médicaux et infirmiers; d'utiliser de façon rationnelle les compétences et les capacités de ceux qui l'entourent en vue d'assurer au malade excellence dans le service, sécurité et bien-être.

Le cours d'infirmière auxiliaire vise à former une personne apte à dispenser aux malades certains soins relatifs à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique, à la pédiatrie, à la gériatrie et à la psychiatrie.

La formation en soins infirmiers au niveau secondaire prépare l'élève à l'exercice de certains soins grâce, tout particulièrement à un enseignement individuel et collectif en milieu clinique. L'élève découvre à la fois l'ampleur et les limites des soins infirmiers et le contexte plus large des responsabilités propres aux personnes qui travaillent dans le secteur de la santé.

---

(1) Recueil des programmes d'études, Services de la santé, Direction générale du développement pédagogique, M.E.Q., Québec 1977, p. 17.

- Programme de techniques infirmières(1)

OBJECTIFS: L'étudiant doit au terme de sa formation personnelle et professionnelle être capable d'assumer les responsabilités inhérentes à l'exercice de sa profession, tel que défini dans la Loi des infirmier(e)s; Loi 273, section VIII, art. 36-37. Pour atteindre ce but, le programme doit rendre l'élève capable de: identifier les éléments de connaissances concernant les phénomènes biologiques, biochimiques, psychologiques et sociologiques de l'être humain; considérer la santé comme une "adaptation dynamique" aux facteurs d'environnement qui influencent le développement et le comportement de l'être humain; établir une relation d'aide en intensifiant la qualité de l'observation et de la communication; être un agent de promotion de santé individuelle et communautaire; contribuer aux méthodes de diagnostic; identifier les processus de perturbations de l'organisme; intégrer les connaissances acquises pour comprendre les problèmes de santé; préciser les principes de soins infirmiers; exécuter la démarche nursing en regard de la prévention, du traitement et de la réadaptation. (Planifier, appliquer, évaluer les soins); coopérer avec les membres de l'équipe de santé.

- Baccalauréat en sciences infirmières (2)

Les objectifs du programme s'enracinent dans une philosophie humaniste qui conduit à l'exercice d'une profession dans laquelle une infirmière est à la fois une soignante, une éducatrice, une

---

(1) Cahier de l'enseignement collégial, M.E.Q., p. 1-83

(2) Annuaire 1979-1980, Université de Montréal, p. 13-1

organisatrice de soins soit auprès des clients, soit comme cadre intermédiaire ou supérieur. Ces diplômées sont appelées à oeuvrer au sein de l'équipe de santé selon leur niveau respectif de formation, dans l'un ou l'autre des secteurs suivants: prévention, soins, réadaptation, enseignement, administration des soins infirmiers.

ANNEXE 7

COMPARAISON DES TEMPS CONSACRES A

L'ASPECT TECHNIQUE DE LA FORMATION

COMPARAISON DES TEMPS CONSACRES A L'ASPECT TECHNIQUE DE LA FORMATION

Programme: infirmière auxiliaire Sigle - titre du cours	Nombre de périodes de cours Théorie/pratique total	Nombre de leçons Théorie/pratique total	Programme: techniques infirmières Sigle - titre du cours
140-220 Approche du malade	34/73	45 / 60	180-201 Profession infirmière et maladie
140-221 Techniques de soins	107	105	
140-231 Soins infirmiers médicaux-chirurgicaux	170 / 261		
140-266 et 272 Stages cliniques en médecine et chirurgie	431	176/319	90 / 300	180-601 Soins infirmiers médicaux-chirurgicaux
140-244 Soins infirmiers en gérontologie et gériatrie	6 / 58	495	390	
140-245 Stages cliniques en gériatrie	64			
140-251 Soins infirmiers en gynécologie	32 / 36			
140-253 Stages cliniques en gynécologie	68	55/147	90 / 180	180-301 Soins infirmiers en obstétrique
140-287 Soins infirmiers en obstétrique	23 / 81	202	270	
140-209 Stages cliniques en post-partum	104			
140-256 Soins infirmiers en puériculture	11 / 81			
140-257 Stages cliniques en pouponnière	92	34/241	90 / 180	180-401 Soins infirmiers en pédiatrie
140-295 Soins infirmiers en pédiatrie	23 / 160	275	270	
140-297 Stages cliniques en pédiatrie	183			
140-310 Soins infirmiers en psychiatrie	23/148	45 / 225	180-501 Soins infirmiers en psychiatrie
140-325 Stages cliniques en psychiatrie	171	270	
Total des périodes	1220	1305	Total des leçons

Source: Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (C.P.I.I.A.Q.)

/201

ANNEXE 8

MODELE CUBISTE LYSAUGHT

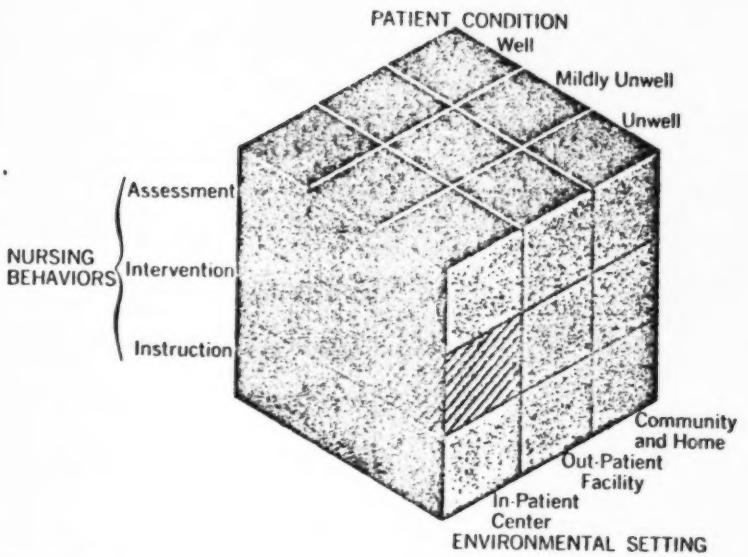


Figure 4-4. Interactive model of three variables in nursing practice.

Source: Lysaught, Jérôme P., From Abstract into action, Montreal, McGraw Hill Book Company, 1973, p. 108.

ANNEXE 9

ELEMENTS D'UNE POLITIQUE D'EDUCATION DES ADULTES DANS LE CONTEXTE DE L'EDUCATION PERMANENTE DU CONSEIL SUPERIEUR DE L'EDUCATION

(RESUME)

L'éducation permanente

Nécessité d'une conception intégrée d'éducation permanente mettant l'accent sur LE CARACTERE ININTERROMPU DU DEVELOPPEMENT DE LA PERSONNE en toutes ses activités et depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse.

Première ambiguïté

Confusion entre éducation permanente
et éducation des adultes - - - historique depuis 1960 - (p.8).

Définition de l'éducation permanente

accréditée par l'UNESCO
entérinée par le Conseil supérieur de l'éducation

Processus ininterrompu d'éducation de l'homme depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse et dans l'ensemble de ses activités.

S'appliquant aussi à tous les âges de l'homme, l'éducation permanente englobe donc, à la fois l'éducation des jeunes et celle des adultes.

Deuxième ambiguïté

Identification de l'éducation permanente à un processus de scolarisation ininterrompu ou répétitif se prolongeant sur toute la vie de l'homme. On récupère alors le concept de l'éducation permanente en le réduisant à l'école permanente.

Le projet de l'éducation permanente invite l'école, longtemps conçue comme le lieu quasi exclusif de l'éducation, A RENONCER A CE MONOPOLE.

A chercher les moyens de l'intéresser a un processus éducatif plus global, en réalité à changer ainsi la conception qu'elle se fait d'elle-même.

Troisième ambiguïté

L'éducation permanente est souvent réduite à une dimension de l'éducation des adultes qui est celle

- du perfectionnement professionnel de la formation continue.

L'éducation de l'adulte dans une conception de l'éducation permanente doit permettre à l'adulte, en élargissant et en approfondissant sa culture générale, de se ménager à l'égard de ses pratiques professionnelles et de la société dans laquelle il vit UNE DISTANCE CRITIQUE dont la nécessité est de plus en plus évidente.

Le projet d'éducation permanente conteste cette réduction de l'éducation à une fonction d'adaptation des personnes et des groupes à un régime socio-économique que le système d'éducation lui-même est de moins en moins apte à remettre en question.

Deux principes directeurs

A) Attitude fondamentale face à l'homme et à la société, l'éducation permanente implique au premier chef une

foi active en la capacité et en la volonté de l'homme d'exercer son intelligence, ses dons de création, son jugement critique, son désir incessant de se développer. Ce dynamisme de son esprit, qui le définit comme homme, peut être libéré à tout âge et dans toutes les conditions quelles qu'aient pu être les contraintes, scolaires ou autres, qui aient contribué à l'assoupir.

b) La société politique doit favoriser l'éveil et la stimulation du dynamisme de l'esprit de l'homme, non seulement dans sa jeunesse, par le système d'enseignement, mais à tous les âges de sa vie et dans l'ensemble de ses activités. C'est à cette condition essentielle qu'une société peut prétendre être démocratique et viser à la fois à respecter les exigences de la personne et à produire les biens nécessaires.

Ces deux principes généraux énoncés, l'essentiel du projet de l'éducation permanente nous paraît pouvoir se formuler dans les propositions suivantes.

Les principales propositions suivantes découlent de ces deux énoncés:

1. L'homme peut vraiment se former et apprendre à tout âge et dans l'ensemble de ses actes.

2. Certains apprennent et se développent mieux dans des temps et des lieux autres que ceux de l'école. (redéfinition de la fonction culturelle et sociale de l'école).

3. L'éducation doit aussi accompagner la vie et le travail et que plus l'homme possède l'expérience de la vie et du travail, plus aussi il devient ou peut devenir avide et capable de se former, du moins dans la plupart des domaines (révision de la fonction sociale de la science).

4. Certaines formations s'acquièrent mieux en dehors de l'école. (révision des programmes scolaires de tous les niveaux).

5. Certaines formations s'acquièrent mieux ou exclusivement à l'âge adulte.

6. L'école obligatoire doit viser à inculquer à chacun le goût de développer l'ensemble de ses virtualités, de façon autonome et en choisissant les moyens scolaires et non scolaires qui lui conviennent le mieux.
(au sortir de l'école obligatoire, que tout étudiant ait un choix réel entre la poursuite immédiate des études et l'entrée dans la vie de travail).

7. Démocratisation de l'enseignement, c'est-à-dire l'égalité des chances d'accès et de réussite.

Pour ce:

- Reconnaissance des diverses voies, scolaires et non scolaires. (dans les modes de sélection et de certification).

- Reconnaissance dans l'articulation des niveaux d'enseignement ainsi que dans la structure et les contenus des programmes des différences individuelles d'intérêt et de rythme de formation. Décloisonnement des niveaux scolaires et de leurs secteurs (général et professionnel).

- La décision d'admettre aux programmes de formation doit se fonder sur la motivation et les capacités du candidat.

- Instauration d'un nouveau mode d'accès aux métiers et professions, fondé sur la compétence effectivement évaluée et non sur des formations particulières ou diplômes.

8. Des formes d'éducation qui favorisent la promotion des collectivités.

9. La participation de l'individu ou du groupe à l'ensemble de la démarche éducative.

10. La conjugaison de l'ensemble des ressources éducatives scolaires et non scolaires afin de mettre à contribution toutes ressources éducatives du milieu, des personnes et des institutions.

11. Le développement des moyens de formation à distance.

12. Le rôle déterminant des enseignants et la préparation à ce rôle.

13. La nécessité de trouver des formes très variables d'application selon les lieux ou les temps en raison des volontés collectives particulières. (nécessité de la participation active de l'ensemble des citoyens).

14. L'intervention décisive de l'Etat comme pouvoir politique globalement pris.

Source: Eléments d'une politique d'éducation des adultes dans le contexte de l'éducation permanente, Conseil supérieur de l'éducation, Québec: Editeur officiel, février 1979.

ANNEXE 10

REPORT OF THE COMMITTEE OF THE MINISTER OF COLLEGES AND UNIVERSITIES ON CLINICAL EXPERIENCE FOR DIPLOMA NURSING ONTARIO, OCTOBER 1979

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

COMMITTEE'S REPORT

A) Recommendations related to the extension of the clinical experience

B) Recommendations for implementation

C) Possible implications of recommendations

D) Considerations for the ministry of health

E) Evaluation

F) Financial implications

APPENDICES

Appendix I - Terms of Reference
- List of Members

Appendix II - Circulation List and Responses to Committee's First Report

Appendix III - Ontario Council of Regents for Colleges of Applied Arts and Technology Memorandum of September 30, 1977, containing Standards for Diploma Nursing Programs Within Colleges of Applied Arts and Technology

Appendix IV - Diploma Nursing Programs: Nursing Experience 1976/1977 and 1978/1979

Appendix V - Diploma Nursing Programs: First Year Enrolments - Approved and Actual

Appendix VI - College of Nurses of Ontario Letter, dated 24th July, 1979

INTRODUCTION

On April, 1979, Dr. Bette Stephenson, Minister of Colleges and Universities, established a committee which was charged with the responsibility of determining the approach to extending the clinical experience component for diploma nursing programs offered within the colleges of applied arts and technology. The committee's mandate arises out of the terms of reference shown in Appendix I.

The Minister of Colleges and Universities Committee on Clinical Experience for Diploma Nursing has completed its task and is submitting the report with the Committee's recommendations for the Minister's consideration.

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

A) RECOMMENDATIONS RELATED TO THE EXTENSION OF THE CLINICAL EXPERIENCE

The Committee recommends that the Standards for Diploma Nursing Programs within the Colleges of Applied Arts and Technology be amended as follows:

Standard 1 and 2: no change

Standard 3:

At least 1 625 hours of nursing experience to include the following:

(1) Experience in the application of the nursing process in the prevention of illness, in the promotion, maintenance and restoration of the health of individuals of all ages, including their families. This experience should reflect demographic changes* and current trends in health care.

(2) No change.

(3) No change.

Standard 4:

The total nursing experience shall include a continuous pre-graduate experience of 525 hours (14 weeks) in the final semester

---

* Today, for example, it is important that care of the elderly be included to provide experiences in nursing the elderly, and to develop a value system which recognizes the worth of the elderly and an awareness of relevant community resources.

which will provide for synthesis and consolidation of previous learning and opportunities for increasing judgment, skill and idependence in a work experience similar to that of the beginning staff nurse.

(1) The specific objectives shall include:

- setting priorities based on individual patient needs;
- planning and organizing nursing care for an increasing number of patients and complexity of care;
- adjusting activities to cope with unanticipated events;
- implementing planned nursing care in a reasonable length of time with due attention to conservation of energy and supplies;
- developing an understanding of the interaction of the health care team;
- developing the ability to provide direction and supervision of the registered nursing assistant and others to whom the registered nurse delegates activities;
- providing an opportunity to function independently of the teacher.

(2) The experience shall take place in hospitals and of the 14 continuous weeks no fewer than 6 consecutive weeks shall be on one medical/surgical unit (any age group) in a general hospital. The placement of the student for the remainder of the pre-graduate experience will take into consideration student learning needs and the availability of clinical resources. The student hours shall coincide with the regular shift of service personnel. The student experience shall include all tours of duty.

(3) The experience shall be planned, supervised ans evaluated jointly by service and educational personnel. The day-to-day supervision of the student shall be carried out by nursing service personnel and college clinical teachers shall be available or on call for consultation.

The total student clinical experience is the ultimate responsability of the colleges and is planned, supervised and evaluated by the faculty of the diploma nursing program with the understanding that for the pre-graduate experience joint planning, supervision and evaluation with nursing service personnel is a pre-requisite.

B) RECOMMENDATIONS FOR IMPLEMENTATION

If the above recommendations, or a modification threof, is approved for implementation, it is recommended that the following be considered and incorporated into the approach for implementation:

a) If any college is to proceed in September, 1980, the Minister's

final decision including information on financial support be available by November 1, 1979. Otherwise, a clear decision should be announced by December 31, 1979.

b) No particular model of diploma nursing program is recommended on the understanding that the teaching time, including the continuous pre-graduate experience, should not exceed 24 months.

c) To obtain a provincial overview, each college should assess its existing resources and by a specific date submit a preliminary statement including the preferred length of program, preferred date of implementation, and annual projections of enrolment and graduates for four years from the date of implementation.

d) The Ministry has a responsibility to ensure an adequate, continuous supply or graduates to meet provincial manpower needs. Following review of the preliminary statements, each college should be notified of the acceptability of their proposal recognizing that some modifications may be necessary in light of regional manpower requirements.

e) Following the completion of program revision each college should submit a program proposal identifying clearly how the new program standards will be met and confirming the dates of implementation and projected enrolment.

C) POSSIBLE IMPLICATIONS OF RECOMMENDATIONS

#2. The Committee recommends that planning of the utilisation of clinical resources be encouraged on a local, co-operative basis between the health care agencies, colleges, universities and nursing assistant programs. (p. 7)

#4. The Committee recommends that Ryerson Polytechnical Institute be kept informed of developments in diploma nursing programs within the colleges. (p. 8)

D) CONSIDERATIONS FOR THE MINISTRY OF HEALTH

#1. The Committee recommends that the importance of orientation be reaffirmed and that specific funding be allocated. (p. 8)

#2. The Committee recommends that the Minister of Colleges and Universities communicate with the Minister of Health and other appropriate agencies (i) to encourage the maintenance and improvement of orientation programs for new employees and (ii) to obtain assurances that the presence of students will not be included in the calculation of paid nursing hours. (p. 9)

E) EVALUATION

The Committee recommends that after a suitable length of time the implementation of the extended clinical experience be evaluated provincial.

COMMITTEE'S REPORT

A) RECOMMENDATIONS RELATED TO THE EXTENSION OF THE CLINICAL EXPERIENCE

The need to extend and strengthen the clinical experience for the students in diploma nursing programs relates to the need to improve the transition from the educational to the employment environment. The size of the "gap" between the two settings is affected by: (a) graduates being employed in a variety of settings, many of which are not "tailor-made" to the program terminal objectives, and (b) employer expectations being affected by changing patterns in health care delivery and financial constraints. Though it is recognized that the "gap" will never be eliminated, the Committee recommends that the Standards for Diploma Nursing Programs within the Colleges of Applied Arts and Technology (Appendix III) be amended as follows to assist in narrowing the "gap":

Standard 1 and 2: no change.

Standard 3:

At least 1 625 hours of nursing experience to include the following:

(1) Experience in the application of the nursing process in the prevention of illness, in the promotion, maintenance and restoration of the health of individuals of all ages, including their families. This experience should reflect demographic changes* and current trends in health care.

---

* Today, for example, it is important that care of the elderly be included to provide experiences in nursing the elderly, and to develop a value system which recognizes the worth of the elderly and an awareness of relevant community resources.

(2) No change.

(3) No change.

Standard 4:

The total nursing experience shall include a continuous pre-graduate experience of 525 hours (14 weeks) in the final semester which will provide for synthesis and consolidation of previous learning and opportunities for increasing judgment, skill and independence in a work experience similar to that of the beginning staff nurse.

(1) The specific objectives shall include:

- setting priorities based on individual patient needs;
- planning and organizing nursing care for an increasing number of patients and complexity of care;
- adjusting activities to cope with unanticipated events;
- implementing planned nursing care in a reasonable length of time with due attention to conservation of energy and supplies;
- developing an understanding of the interaction of the health care team;
- developing the ability to provide direction and supervision of the registered nursing assistant and others to whom the registered nurse delegates activities;
- providing an opportunity to function independently of the teacher.

(2) The experience shall take place in hospitals and of the 14 continuous weeks no fewer than 6 consecutive weeks shall be on one medical/surgical unit (any age group) in a general hospital. The placement of the student for the remainder of the pre-graduate experience will take into consideration student learning needs and the availability of clinical resources. The student hours shall coincide with the regular shift of service personnel. The student experience shall include all tours of duty.

(3) The experience shall be planned, supervised and evaluated jointly by service and educational personnel. The day-to-day supervision of the student shall be carried out by nursing service personnel and college clinical teachers shall be available or on call for consultation.

The total student clinical experience is the ultimate responsibility of the colleges and is planned, supervised and evaluated by the faculty of the diploma nursing program with the understanding that for the pre-graduate experience joint planning, supervision and evaluation with nursing service personnel is a pre-requisite.

The above recommendations reflect the following agreed to by the Committee:

a) The extended pre-graduate clinical experience is to be an integral part of the educational process. As such it can be planned to meet identified objectives. Its successful completion is a pre-requisite to graduation.

b) The current practice of providing clinical experience throughout the entire program should be continued. This is seen as an essential component of nursing education which allows for integration of the learning of nursing theory and practice. The increase in the total minimum nursing experience is to ensure that no program will have to decrease experience within the initial semesters of the program to meet the recommended pre-graduate experience. The total of 1 625 hours represents 1 100 hours plus 525 hours of pre-graduate clinical experience. The 1 100 hours was arrived at following a review of the existing level and distribution of clinical experience within college programs exlusive of pre-graduate experience (Appendix IV).

c) The requirement for continuous pre-graduate clinical experience and the length of the experience were recommended taking into consideration the need of the student to have time to become familiar with and integrate into the health care team. The student can therefore achieve the specific objectives included in the revised standards for the pre-graduate experience.

d) Hospitals rather than all health care agencies were selected as the location of this experience because of the amount, nature and variety in nursing care available to the student. Though the medical/surgical unit has been recommended for the continuous six weeks experience, it is recognized that valuable experience for the student can be obtained elsewhere. Chronic, rehabilitation and smaller community hospitals as well as other service units within the hospital (for example psychiatry, emergency, operating room, obstetrics) may be utilized for the remainder of the experience.

c) The recommendation for joint planning, supervision and evaluation was seen as essential if the general objective of improving the transition from the educational to the employment environment is to be achieved.

B) RECOMMENDATIONS FOR IMPLEMENTATION

The Committee supports flexibility in the implementation of the proposed recommendations. Taking into consideration the current structure of individual diploma nursing programs and the comments received from the colleges it is evident that:

(i) The impact on individual programs will vary and that in some instances major curriculum changes will be required to provide an educationally sound program. Where extensive planning for program revision is required, implementation in 1980 is unrealistic. A few colleges because of previous planning have comprehensive proposals and could consider implementation by 1980.

(ii) The need for major program revision provides an opportunity to address other concerns including compression in the current program, the general education component of the program, and the integration of the diploma nursing student into college life. The program model of preference selected by some colleges reflects these concerns as well as the Committee's recommendations.

(iii) The financial support available to the college may significantly affect the program model selected.

If the Committee's recommendations or a modification thereof is approved for implementation, it is recommended that the following be considered and incorporated into the approach to implementation:

a) If any college is to proceed in September, 1980, the Minister's final decision including information on financial support be available by November 1, 1979. Otherwise, a clear decision should be announced by December 31, 1979.

b) No particular model of diploma nursing program is recommended on the understanding that the teaching time, including the continuous pre-graduate experience, should not exceed 24 months.

c) To obtain a provincial overview, each college should assess its existing resources and by a specific date submit a preliminary statement including the preferred length of program, preferred date of implementation, and annual projections of enrolment and graduates for four years from the date of implementation.

d) The Ministry has a responsability to ensure an adequate, continuous supply of graduates to meet provincial manpower needs. Following review of the preliminary statements, each college should be notified of the acceptability of their proposal recognizing that some modifications may be necessary in light of regional manpower requirements.

e) Following the completion of program revision each college should submit a program proposal identifying clearly how the new program standards will be met and confirming the dates of implementation and projected enrolment.

The Ministry of Colleges and Universities, the Council of Regents and the Provincial Advisory Committee on Nursing Education each have established roles in program review and approval. Assuming that some or all of the above will be involved in the approval process outlined in (c) to (e) above, efforts should be made to keep the approval time to a minimum in order to maximize planning time for the colleges.

No target date for provincial implementation has been recommended. If an early decision is forthcoming, implementation for the students in 1980/1981 and 1981/1982 could be realized recognizing that manpower requirements could necessitate delaying implementation in some colleges until 1982/1983.

C) POSSIBLE IMPLICATIONS OF RECOMMANDATIONS

1. Increased Length of Diploma Nursing Programs

To provide increased time for synthesis and consolidation of previous learning, the length of diploma nursing programs will increase from 20-22 months to 23-24 months. The responses of

the colleges indicate that preferred program formats vary from 2 year (22 months) to a 3 year 6 semester program. The resulting variations may have the following perceived implications:

a) An increased student demand for acceptance into baccalaureate programs because the degree program could increase in desirability when compared to a lengthened diploma program.

The recommendations have not changed the objectives of diploma nursing education and the thrust of diploma and baccalaureate programs differ significantly. Enrolments in both are limited and generally the reasons for selection of or acceptance in a university or a college are different.

b) Confusion for students in program selection and competion for prospective students between colleges due to different program lengths.

A variation in program approach was supported, taking into consideration the diffrent needs of students some of whom depend on a summer break to assist in financing their education, while others prefer to enter the work force as soon as possible. In addition, it was noted that the introduction of staggered times of graduation

increases the opportunity of employment within the province and decreases the possibility of the development of manpower shortages at any one time of the year. The availability of nurse registration examinations in January, June and August ensures that no graduate should be disadvantaged.

c) An inequity in student fees and a changed pattern of demand for student loans.

The student financial assistance recognizes different lengths of programs up to 48 weeks per year so that student needs can be met irrespective of program format. Diploma nursing program students are currently paying a two semester fee for a two and one-half or three semester academic year. The current study of student fees should consider this problem with a view to providing an equitable fee structure across the province.

2. Increased Utilization of Clinical Resources

The Committee's recommendations will result in an increased demand for clinical experience. Some colleges and hospitals have indicated that there would be no problem in implementing the recommendations. Others have expressed serious concerns particularly in university teaching centres where the same resources are shared by baccalaureate, diploma and nursing assistant students.

To alleviate the concerns the Committee has noted its support for a variety of clinical settings including small community, chronic and rehabilitation, hospitals and all tours of duty. Nevertheless, careful planning of the use of clinical resources will still be required to meet the needs of all nursing students throughout the entire length of the program.

The Committee recommends that planning of the utilization of clinical resources be encouraged on a local, cooperative basis between the health care agencies, colleges, universities and nursing assistant programs.

3) Involvement of Nursing Service Personnel in the Pre-graduate Clinical Experience

Concern has been expressed about the implications of formally involving nursing service personnel in clinical education.

The Committee was aware of a letter from the Director of the College of Nurses of Ontario concerning the interpretation of the Standards of Practice with specific reference to supervision of students (Appendix VI). The Committee's recommendation for joint planning requires that through a consultative process, a plan for the provision of supervision, which is mutually agreeable to the nurse educators and the nursing service staff, is envolved. Further, should the nursing staff or the student encounter a problem, the clinical teacher is available or on-call to provide consultation. The Committee is aware that some colleges are successfully using this approach during pre-graduate clinical experience.

4. Diploma Nursing Programs not Subject to the Council of Regents Directives

The diploma nursing program at Ryerson Polytechnical Institute is the only diploma program not within a community college.

In their response it was noted that the Institute had agreed to use the Standards for Diploma Nursing Programs within the Colleges of Applied Arts and Technology. On the other hand, the Nursing Department has just completed a revision of its curriculum and implemented a new program. This program has not been evaluated or graduated its first class.

> The Committee recommends that Ryerson Polytechnical Institute be kept informed of developments in diploma nursing programs within the colleges.

D) CONSIDERATIONS FOR THE MINISTRY OF HEALTH

1. Orientation of new employees

Concern has been expressed that the extension of clinical experience and the introduction of a consistent, continuous pre-graduate clinical experience in the final semester will be interpreted as negating the need to provide orientation programs to new graduates.

The Committee recognizes that the gap between the educational setting and the employment environment will never be eliminated because the objectives of the two must of necessity be different.

It is, therefore, recommended that the importance of orientation be reaffirmed and that specific funding be allocated.

2. Maintenance of Student Status within Clinical Setting

Students in the extended pre-graduate phase of the program will need to be provided with an increasing access to patients under the supervision of unit staff. Concerns have been expressed that the presence of the students might lead to a decrease in paid nursing hours for the unit which implies that the student can act as a substitute employee. Conversely, concerns have been expressed that the requirement for nursing service personnel to supervise students will increase the need for nursing service personnel.

The Committee recognizes that the concerns relate to a "two-way street". It is in the mutual interest of nursing educators and service personnel that the students receive an effective pre-graduate clinical experience. Therefore, the student must remain a student and be supernumerary to the regular nursing staff. On the other hand, the time expenditure in supervision of students needs to be considered as being balanced out in terms of the patient care students will be providing while meeting their learning objectives.

It is, therefore, recommended that the Minister of Colleges and Universities communicate with the Minister of Health and other appropriate agencies (i) to encourage the maintenance and improvement of orientation programs for new employees and (ii) to obtain assurances that the presence of students will not be included in the calculation of paid nursing hours.

E) EVALUATION

The Committee recognizes the need for ongoing programm review to assess the implementation of changes locally. The Committee recommends that after a suitable length of time the implementation of the extended clinical experience be evaluated provincially.

F) FINANCIAL IMPLICATIONS

The Committee recognizes that the feasibility of their recommendations depends on the financial implications. The Ministry of Colleges and Universities personnel have been asked to undertake the following:

a) Review each of the twenty-two college submissions and identify the program models advocated by the colleges and their estimate of the costs;

b) Review the appropriateness of the college costs identified;

c) Determine an equitable allocation to be distributed to each of the twenty-two colleges to effect the proposed changes which will increase the clinical experience in the program.

This section of the report will be submitted independently.

ANNEXE 11

ELEMENTS INDICATIFS DU DEGRE DE COMPLEXITE DE L'EXERCICE SELON LES NIVEAUX DE FORMATION PROPOSES

Éléments indicatifs du degré de complexité de l'exercice selon les niveaux de formation proposés

	Formation de base	Formation post-base	
	Cegep réorganisé	Baccalauréat	Maîtrise
Situation vécue par le client	fréquente connue prévisible	moins fréquente connue imprévisible	rare peu connue imprévisible
Sources de difficultés bio-psycho-sociales du client	facilement identifiables pour un ou plusieurs besoins	identifiables pour un ou plusieurs besoins	difficilement identifiables pour un ou plusieurs besoins
Type d'approche utilisé par l'infirmière	- approche individuelle	- approche individuelle lors d'un déséquilibre grave ou intense pour un ou plusieurs éléments bio-psycho-sociaux du client	- approche individuelle lors d'un déséquilibre grave ou intense pour un ou plusieurs éléments bio-psycho-sociaux du client
		- approche de groupe	- approche de groupe et collective
Milieu d'intervention ou type de pratique	"épisodique"	"épisodique" "distributif"	"épisodique" "distributif"
Autres		encadrement clinique administration enseignement	administration enseignement recherche clinique

BIBLIOGRAPHIE

ADAM, Evelyn. Etre infirmière. Montréal: Editions HRW, 1979.

BLAIN, Gilbert. Essais sur la gestion des services de santé. Montréal: Editions Administration et Santé, 1978.

DESJARDINS, E., GIROUX, S. et FLANAGAN, E.C. Histoire de la profession infirmière au Québec. Montréal: Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec, 1970.

FRAGNIERE, Gabriel. L'éducation créatrice, une approche, une méthode, des orientations. Une étude de la Fondation Européenne de la culture. Bruxelles: Elsevier-Séquoia, 1975.

MUSSALLEM, Helen K. A Path to Quality. Ottawa: Canadian Nurses Association, 1964.

RAPPORTS ET DOCUMENTS PUBLICS

Alberta Advanced Education and Manpower. The report of the Alberta Task Force on Nursing Education. Edmonton, (September 1975), 204p.

_____. Summary of responses to the Report of the Alberta Task Force on Nursing Education. Edmonton, (September 1978), 55p.

Association des Infirmières Canadiennes, "Guide des titres et qualités et des fonctions, personnel du service des soins infirmiers des hôpitaux". Ottawa: A.I.C., (s.d.).

Association des Infirmières et Infirmiers de la province de Québec. La formation infirmière dans les cegeps après cinq ans d'existence. Montréal: A.I.I.P.Q., octobre 1972, 20p.

_____. Mémoire à la Commission royale d'enquête sur l'enseignement. Montréal: A.I.I.P.Q., juin 1962.

_____. Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social du gouvernement du Québec. Montréal: A.I.I.P.Q., janvier 1969.

_____. Projet de réforme de l'enseignement infirmier dans la province de Québec. Montréal: A.I.I.P.Q., mai 1965.

_____. Schéma théorique du programme d'enseignement infirmier de base. Montréal: A.I.I.P.Q., avril 1973, 30p.

BLAIS, Madeleine. La certification de spécialiste: réflexions et interrogations, document de travail. Montréal: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, décembre 1977, 82p.

BOUDREAU, Thomas J. Rapport du Comité sur les infirmières cliniciennes. Sherbrooke, avril 1972, 80p.

_____. La main-d'oeuvre hospitalière (Rapport du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre hospitalière). Québec: Editeur officiel, 1973.

BOURQUE, Paul N. L'implantation de rôles nouveaux en nursing. (Etude spéciale sur les conditions et les modalités de la mise en oeuvre de nouveaux rôles en nursing). Québec: Ministère de l'Education (Opération Sciences de la Santé), septembre 1974, 68p.

BRUNET, Michel. L'équipe de soins de santé. Québec: Ministère de l'Education (Opération Sciences de la Santé), novembre 1974, 23p.

CAMPEAU, D. et LEROUX J. "La formation sur mesure", Montréal: Fédération des Cegeps, avril 1975.

Canadian Nurses Association, "Comments of the Canadian Nurses Association special committee on nursing research on the report of the Ontario Hospital Association nursing competency model project". Ottawa: C.N.A., october 1977.

Collège de Maisonneuve. "Le régime pédagogique de l'apprenant adulte". Montréal: Unité nursing - éducation permanente - Collège de Maissoneuve, octobre 1977.

_____. "Rapport du Comité sur la formation générale présenté à la Commission pédagogique du Collège de Maisonneuve". Montréal: Collège de Maisonneuve, juin 1975.

Commission d'étude sur les universités. Rapport du Comité de coordination. Québec: Editeur officiel, mai 1979, 88p.

_____. Rapport du Comité d'étude sur la formation et le perfectionnement des enseignants. Québec: Editeur officiel, mai 1979, 137p

_____. Rapport du Comité d'étude sur l'organisation du système universitaire (parties I, II et III). Québec: Editeur officiel, mai 1979, 445p.

_____. Rapport du Comité d'étude sur l'université et la société québécoise. Québec: Editeur officiel, mai 1979, 96p.

Comité d'Assurance-Hospitalisation, "Recommandations concernant les services infirmiers requis". Montréal: A.I.P.Q., 1962.

Conseil des universités. "Avis au ministre de l'Education concernant trois nouveaux programmes d'enseignement universitaire pour l'année 1977-1978 - Avis no 76.19". Québec: Conseil des universités, 17 juin 1977, 5p.

_____. Document de consultation de la Commission d'étude sur les universités. Québec: Gouvernement du Québec, janvier 1978.

_____. Objectifs généraux de l'enseignement supérieur et grandes orientations des établissements (cahiers I à IV). Québec: Ministère de l'Education, 1973-1974.

_____. Rapports annuels 1976-1977 et 1977-1978. Québec: Editeur officiel.

Conseil supérieur de l'éducation. Connaissance des principaux modèles théoriques d'éducation. Québec: C.S.E., août 1974.

_____. Eléments d'une politique d'éducation des adultes dans le contexte de l'éducation permanente. (Rapport au ministre de l'Education adopté à la 214e réunion le 13 octobre 1978). Québec: Editeur officiel, février 1979, 45p.

_____. L'état et les besoins de l'éducation - Rapport annuel 1977-1978. Québec: Gouvernement du Québec, octobre 1978, 251p.

_____. Rapport sur l'enseignement des techniques de la santé au cegep. Québec: C.S.E., avril 1972.

DESGAGNE, André. "Réflexions sur la formation des professionnels" (réflexions présentées à Québec devant les membres de la corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec). Québec: Office des Professions du Québec, mai 1978, 18p.

DULONG, Carmelle. Description actuelle et prévisible de la fonction de travail de l'infirmière - rapport de consultation. Québec: Ministère de l'éducation (Direction générale de l'enseignement collégial), février 1980, 480p.

Emploi et Immigration Canada, Habiletés génériques - clés du rendement professionnel. Ottawa: Direction de l'analyse et du développement - Professions et carrières, 1978.

Fédération des C.L.S.C. "Définition du Centre Local de Services Communautaires", Anjou: Fédération des C.L.S.C., avril 1976.

_____. "Les C.L.S.C. 5 ans après. (Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires). Québec: Fédération des C.L.S.C., août 1977, 23p.

_____. "Perspectives à l'égard des C.L.S.C." (Parallèle entre les perspectives du M.A.S. et celles de la Fédération des C.L.S.C. du Québec), Anjou: Fédération des C.L.S.C., septembre 1976.

_____. "Plan d'organisation - document de travail". Anjou: Fédération des C.L.S.C., juin 1977, 21p.

_____. "Priorités d'action de la Fédération des C.L.S.C. du Québec 1978-1979". Anjou: Fédération des C.L.S.C., 30p.

GOULET, Olive. Sous-secteur Nursing - perspectives d'avenir. Québec: Ministère de l'Education (Opération Sciences de la Santé), dossier no 10, document de travail, juin 1974, 114p.

GOUVERNEMENT DU CANADA, Commission royale d'enquête sur les services de santé (vol. I et II), Ottawa: Imprimeur de la Reine, 1964-1965.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec: Gouvernement du Québec, vol. 4, t.1, 1970 (Rapport Castonguay-Nepveu)

GOVERNMENT OF ALBERTA, "Position paper on nursing education: principles and issues". Government of Alberta, november 1977, 8p.

Groupe interministériel de programmes et examens (G.I.P.E.X.), "Description de fonction-type: technicien(ne) infirmière - secteur: santé - champs: santé". Québec: Ministère de l'Education (Direction générale des politiques et plans), mai 1976.

_____. "Elaboration des éléments de connaissances. Fonction-type: Infirmière - secteur: santé - champs: santé". Québec: Ministère de l'Education (D.P.P.), février 1978, 401p.

_____. "Elaboration des éléments de connaissance. Fonction-type: Auxiliaire-infirmière". Domaine II. Québec: Ministère de l'Education (D.P.P.), février 1978, 307p.

_____. "Méthode - cadre - guide d'organisation et d'opération". Québec: Ministère de l'Education (Direction générale de la planification), novembre 1974, 51p.

HOPITAL NOTRE-DAME, "Principes directeurs - cahier de direction des soins infirmiers", Montréal: Hôpital Notre-Dame, 1977.

LALONDE, Marc. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens - document de travail. Ottawa: Ministère de la Santé et du bien-être social, avril 1974.

LAMBERT, Cécile. Historique du programme des techniques infirmières 1962-1978. (Rapport présenté à la Direction générale de l'enseignement collégial en vue de l'évaluation du programme des techniques infirmières). Québec: Ministère de l'Education (D.G.E.C.), avril 1979, 180p.

LAZURE, Denis. Mémoire à la Commission d'étude sur les universités (Commentaires du ministère des Affaires sociales sur le document de consultation soumis par la Commission d'étude sur les universités). Québec: Ministère des Affaires sociales, juillet 1978, 16p.

LOI DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUEBEC (L.Q. 1973, ch. 48), Editeur officiel de Québec, mars 1975.

LUSSIER, Rita J. Intervenants en éducation continue en nursing au Québec. Montréal: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, janvier 1979.

LYSAUGHT, Jerome P. From Abstract into Action. (The National Commission for the study of Nursing and Nursing Education). Montreal: McGraw Hill Book Company, June 1973, 379p.

Minister of Colleges and Universities, Report of the Committee of the Minister of Colleges and Universities on Clinical Experience for Diploma Nursing, Ontario, october 1979.

Ministère de la Santé, Classification et fonctions du personnel infirmier des hôpitaux. Québec: Ministère de la Santé, août 1967.

Ministère de l'Education, Cahiers 1 et 2 de l'enseignement collégial 1979-1980. Québec: Direction générale de l'enseignement collégial, 1979.

_____. Exploration technique - 3e secondaire - Service de la santé - guide pédagogique - document de travail. Québec: Direction générale du développement pédagogique, novembre 1978, 20p.

_____. "Fiches des programmes de formation professionnelle pour adultes". Québec: D.G.E.C.

_____. "Guide des stages cliniques - Services de la santé - 141.000 Infirmier auxiliaire - Infirmière auxiliaire". Québec: D.G.D.P., août 1978, 40p.

_____. Banque d'information scolaire et professionnelle. "Infirmière". Québec: Service général des communications, septembre 1976, code 11-5012.

_____, _____. "Infirmière en chirurgie". Québec: Service générale des communications, novembre 1976, code 11-5021.

_____, _____. "Infirmière en hygiène industrielle". Québec: Service générale des communications, novembre 1976, code 11-5018.

_____, _____. "Infirmière en milieu scolaire". Québec: Service général des communications, août 1976, code 11-5016.

_____, _____. "Infirmière psychiatrique". Québec: Service général des communications, juillet 1976, code 11-5017.

_____, _____. "Profession: Infirmière-auxiliaire. Infirmier-auxiliaire". Québec: Service général des communications, juin 1975, code 11-2084.

Ministère de l'Education, L'Ecole québécoise. Enoncé de politique et plan d'action. Québec: Editeur officiel, 1979, 165p.

_____. L'éducation en 1979-1980. Renouveau pédagogique: Le temps de l'action. (Discours prononcé par J.Y. Morin à la défense des crédits à la Commission parlementaire). Québec: Cabinet du ministre, mai 1979, 170p.

_____. L'enseignement collégial et les collèges d'enseignement général et professionnel (document no. 3). Québec, octobre 1967.

_____. L'enseignement primaire et secondaire au Québec (livre vert). Québec: Service général des communications, 1977, 150p.

_____. Les collèges du Québec - nouvelle étape (Livre blanc sur l'enseignement collégial). Québec, 1978.

_____. "Politique des stages - N/Réf: 01-34-00". Québec: D.G.E.C., janvier 1979, 7p.

_____. "Pour un renouveau en éducation" (texte de la conférence de J.Y. Morin). Québec: Cabinet du ministre, mars 1977.

_____. "Projet de position ministérielle sur le chapître "sciences infirmières" de l'Opération Sciences de la Santé". Québec: D.G.E.S., 1978.

_____. Recueil des programmes d'étude - Services de la Santé. Québec: D.G.D.P., 1977, 40p.

Ministère de l'Education (en collaboration avec le ministère des Affaires sociales). Rapport final (parties I et II) sur l'Opération Sciences de la Santé. Québec: M.E.Q., avril 1976, 553p.

_____. La formation universitaire en nursing - état des faits (rapport préliminaire du sous-secteur nursing). Québec: M.L.E. (Opération Sciences de la Santé), dossier no 11, juillet 1973, 127p.

_____. Sous-secteur Assistance médicale - état des faits. Québec: M.E.Q. (Opération Sciences de la Santé), dossier no 2, janvier 1974, 224p.

Ministère des Affaires sociales, "Etude sur le maintien du statut de puéricultrice et de la garde-bébé au niveau du réseau des affaires sociales". Québec: Direction de la formation et du perfectionnement, avril 1977, 69p.

_____. Les Affaires sociales au Québec. Perspectives 1978-1981. Québec: M.A.S., mars 1978, 25p.

_____. Rapport annuel 1976-1977. Québec: Gouvernement du Québec, nov. 1977.

_____. Statistiques régionales des affaires sociales; projet Doris, Québec: M.A.S., avril 1975, pp. 78-79.

Office des professions du Québec, "Commentaires de l'Office des professions sur le "projet du livre blanc" sur l'enseignement collégial". Québec: O.P.Q., mars 1978, 45p.

_____. La formation des professionnels. (Un cadre d'analyse et un examen critique du rôle des corporations professionnelles). Mémoire de l'Office desprofessions à la Commission d'étude sur les universités. Québec: O.P.Q., 1979, 85p.

_____. Rapport annuel 1978-1979. Québec: Editeur officiel, mai 1979, 150p.

Ontario Hospital Association, Report of the Ontario Hospital Association nursing competency model project. Don Mills: O.H.A., May 1977.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Commentaires du bureau concernant le document "Fonction-type: auxiliaire infirmière" du G.I.P.E.X. Montréal: O.I.I.Q., janvier 1979, 55p.

_____. Commentaires du bureau suite à la publication du Livre vert de l'enseignement primaire et secondaire. Montréal: O.I.I.Q., juin 1978, 15p.

_____. Commentaires du bureau de l'O.I.I.Q. à la suite de la publication du document de consultation de la Commission d'étude sur les universités. Montréal: O.I.I.Q., juin 1978, 15p.

_____. Commentaires du bureau suite à la publication du projet du gouvernement à l'endroit des Cegeps: "Les Collèges du Québec. Nouvelle Etape". Montréal: O.I.I.Q., mai 1979, 10p.

_____. Commentaires et recommandations du bureau de l'O.I.I.Q. suite au projet de rapport final - parties I et II - de l'Opération Sciences de la Santé. Montréal: O.I.I.Q., octobre 1975, 28p.

_____. Commentaires et recommandations du bureau suite à la publication du rapport sur l'état et les besoins de l'enseignement collégial "Le Collège" par le Conseil supérieur de l'Education. Montréal: O.I.I.Q., juin 1976, 52p.

_____. Etude des produits. Montréal: O.I.I.Q., avril 1976, 52 .

_____. Le nursing en santé communautaire. (mémoire présenté au M.A.S.). Montréal: O.I.I.Q., octobre 1974, 55p.

_____. Le nursing en toxicomanie. Montréal: O.I.I.Q., 30p.

_____. Le nursing et la tuberculose au Québec. Montréal: O.I.I.Q., sept. 1975, 27p.

_____. Mémoire au Conseil supérieur de l'Education sur l'option techniques infirmières dans le système collégial actuel. Montréal: O.I.I.Q., avril 1974.

_____. Méthode d'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier en soins prolongés. document de travail. Montréal: O.I.I.Q., décembre 1978 (révisé en octobre 1979), 115p.

_____. Nursing dans les C.L.S.C., Montréal: O.I.I.Q., septembre 1978, 134p.

_____. Nursing en santé mentale. Montréal: O.I.I.Q., avril 1978, 60p.

_____. Nursing en soins prolongés. Montréal: O.I.I.Q., avril 1976, 45p.

_____. Philosophie de l'éducation en nursing au Québec. Montréal: O.I.I.Q., décembre 1976, 20p.

_____. Plan d'avenir du nursing au Québec. Montréal: O.I.I.Q., novembre 1974, 22p.

_____. Plan de développement de l'éducation en nursing au Québec. Montréal: O.I.I.Q., mai 1977, 128p.

_____. Projet-pilote du plan de développement de l'éducation en nursing au Québec (rapport de la première étape). Montréal: O.I.I.Q., novembre 1978, 50p.

_____. Rapports annuels 1972-1973 à 1978-1979. Montréal: O.I.I.Q., 1973 à 1979.

_____. Rapport de l'O.I.I.Q. sur le document "rapport du sous-secteur nursing - perspectives d'avenir". Montréal: O.I.I.Q., février 1975, 30p.

POIRIER, Paule. "L'orientation du ministère de l'Education à l'égard des programmes de santé à l'école" (Congrès annuel de l'Association pour la santé publique du Québec). Québec: Ministère de l'Education, octobre 1978.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF THE PROVINCE OF QUEBEC. "Record of plan approved by the Committee of Management", Committee on Auxiliary Nurse Workers, (Montreal), (sept. 1946).

Santé et Bien-être social Canada, "Projet de recherche en nursing 1976 (PRN76)" (projet no 605-1233-45).

SIRARD, Ronald. Les infirmières et infirmiers de la Fédération des S.P.I.I.Q. - leurs caractéristiques - leurs insatisfactions - leurs revendications (rapport de recherche fait pour la Fédération des S.P.I.I.Q.),(Québec), Fédération des S.P.I.I.Q., avril 1979.

Statistique Canada, Indicateurs des hôpitaux 1972 à 1977, Ottawa, 1973 à 1978.

_____. Soins infirmiers au Canada - Statistiques des soins infirmiers 1977. Ottawa, section main-d'oeuvre sanitaire, sept. 1978.

STRINGER, Guy. La formation des professionnels du nursing dans le système scolaire du Québec (étude préliminaire). Comité d'étude sur la main-d'oeuvre hospitalière. Québec, janvier 1972, 90p.

Université Laval. Le nursing à l'Université Laval (Rapport du comité spécial pour l'Ecole des sciences infirmières). Québec: Université Laval, mars 1974, 155p.

Université de Sherbrooke. Dossier de présentation. Programme de baccalauréat ès sciences (sciences infirmières), Sherbrooke, février 1977 (révisé en septembre 1978).

ZIIM, Glennis, LAROSE, Odile et STINSON, Shirley. (rédacteurs), Ph. D. (Nursing) (Rapport du séminaire national Kellogg en vue d'une préparation au niveau doctoral pour les infirmières et infirmiers du Canada). Ottawa: A.I.C., janvier 1979, 80p.

ARTICLES DE PERIODIQUES

BRODT, Dagmar E. "A Synergetic Theory of Nursing", American Journal of Nursing, vol. 69 no 8, 1969, p. 1674.

BRODT, Dagmar E. and ANDERSON, Ellen H. "Validation of a Patient Welfare Evaluation Instrument", Nursing Research, vol. 16 no. 2, 1967, p. 167.

BULLOUGH, Bonnie and SPARKS, Colleen. "Baccalaureate vs Associate Degree Nurses: The Care - Cure Dichotomy", Nursing Outlook, november 1975, pp. 688-692.

BURRELL, Barbara, LALLY, Elizabeth and WIKLINSKI, Barbara. "Internships for A.D. Graduates", American Journal of Nursing, january 1977, pp. 114-116.

CARIGNAN, R. "Les objectifs d'un département de santé communautaire", 1976.

CHAMINGS, Patricia A. and TEEVAN, James. "Comparison of Expected Competencies of Baccalaureate - and Associate - Degree Graduates in Nursing", Image, vol. 11 no. 1, feb. 1979, pp. 16-21.

COBIN, Joan, TRABER, Wilma and BULLOUGH, Bonnie. "A Five-Level Articulated Program", Nursing Outlook, vol 24 no 5, pp. 309-313.

CORONA, Dorothy F. "College Education Tailor - Made for Registered Nurses", American Journal of Nursing, feb. 1973, pp. 294-298.

DIERS, Donna. "A combined Basic - Graduate Program for College Graduates". Nursing Outlook, vol. 24 no. 2, fév. 1976, pp. 92-98.

DINEEN, Mary A. "The Open curriculum: Implications for Further Education". Nursing Outlook, vol. 20 no. 12, déc. 1972, pp. 770-774.

FAGIN, Claire. "Can we bring order out of the chaos of nursing education?", American Journal of Nursing, vol. 76 no. 1, January 1976, pp. 98-107.

GASS, J.R. "L'éducation récurrente: Une solution à la crise de l'enseignement" Commerce, nov. 1973, pp. 54-58.

KELLY, Lucie Y. "Open curriculum - What and Why". American Journal of Nursing, déc. 1974, pp. 2232-2238.

LEININGER, Madeleine. "Doctoral programs for Nurses: trends, questions, and projected plans". Nursing Research, vo. 25 no. 3, May - June 1976, pp. 201-210.

LENBURG, Carrie B. "The External Degree in Nursing: The Promise Fulfilled". Nursing Outlook, vol. 24 no. 7, July 1976, pp. 422-432.

LENBURG, Carrie and JOHNSON, Walter. "Career Mobility trough Nursing Education", Nursing Outlook, vo. 22 no. 4, April 1974, pp. 265-269.

LEVINE, Myra E. "The Pursuit of Wholeness", American Journal of Nursing, vo. 69 no. 1, 1969, pp. 93-98.

MCGRIFF, Erline. "Two New York Nurses Debate the NYSNA 1985 Proposal", American Journal of Nursing, vo. 76 no. 6, June 1976, pp. 930-935.

NEWMAN, Margaret A. "The Professionnal Doctorate in Nursing: A Position Paper". Nursing Outlook, vol. 23 no. 11, no. 1975, pp. 704-706.

O.I.I.Q. "Tout sur le congrès d'orientation" - Nursing Québec vol. 4 no. 3 édition spéciale, juillet 1979, 20 pages.

THRUSTON, Hester I. "Education for Episodic and Distributive Care". Nursing Outlook, vo. 20 no. 8, August 1972, pp. 519-523.

WOZNIAK, Dolores. "External Degrees in Nursing". American Journal of Nursing, vol. 73 no. 6, June 1973, pp. 1014-1018.